

BOLETIN

DEL

INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO

EX

Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia

FUNDADOR: DR. LUIS MORQUIO

DIRECTOR:
DR. VICTOR ESCARDO Y ANAYA

DOMICILIO: MILLAN 2679

123

DIRECCION Y OFICINAS DEL INSTITUTO:

8 DE OCTUBRE No. 2882 — MONTEVIDEO (URUGUAY)

TELEFONO: 4 35 44

DIRECCION TELEGRAFICA: INAMPRIN - MONTEVIDEO

LIBRARY
ELIZABETH McCORMICK MEMORIAL FUND
155 E. Ohio Street
Chicago 11

EL INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO es un centro de información, estudio, documentación, consulta, asesoramiento y acción social de todos los problemas relativos a la maternidad, niñez, adolescencia y familia, en América.

Fue fundado el 9 de junio de 1927, después de lo resuelto en el IV Congreso Panamericano del Niño de Santiago de Chile. Durante treinta años llevó el nombre de Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. La iniciativa se debió al Dr. Luis Morquio y en su honor fue designado el Uruguay como país sede. Desde 1954 posee su edificio propio en Montevideo.

Está regido por un Consejo Directivo, formado por un representante de cada país americano, participando en él las veintiuna repúblicas. Como eje central tiene el INSTITUTO su oficina en Montevideo, de la que es Director General, el Dr. Víctor Escardó y Anaya.

Trimestralmente, desde 1927 se edita este Boletín. En los meses intermedios aparece el Noticiario con el movimiento de la protección a la infancia en América. La copiosa biblioteca especializada está a disposición de todos los estudiosos de América por un servicio de "microfilms". Además, el INSTITUTO publica bibliografías, realiza encuestas, promueve seminarios que impulsan en América el mayor bienestar del niño.

Desde 1949 está incorporado como Organismo Especializado Interamericano a la Organización de los Estados Americanos.

BOLETIN
DEL
INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO
EX
Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia

FUNDADOR: DR. LUIS MORQUIO

DIRECTOR:
DR. VICTOR ESCARDO Y ANAYA
DOMICILIO: MILLAN 2679

123

DIRECCION Y OFICINAS DEL INSTITUTO:

8 DE OCTUBRE No. 2882 — MONTEVIDEO (URUGUAY)

TELEFONO: 4 35 44

DIRECCION TELEGRAFICA: INAMPRIN - MONTEVIDEO

INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO

EX

Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia

ORGANISMO ESPECIALIZADO INTERAMERICANO

CONSEJO DIRECTIVO

Mesa

Presidente: Dr. Félix Hurtado

Vicepresidente: Dr. Marco Tulio Magaña

Secretario: Dr. Francisco Mardones Restat

Representantes de los Estados Miembros

| | |
|---------------------------|--|
| Argentina | Dr. Luis Siri, Oficina de Relaciones Sanitarias Internacionales. Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. Paseo Colón 367. Buenos Aires. |
| Bolivia | Dr. Luis Montañó Roldán, Casilla de Correo 2602 - La Paz. |
| Brasil | Dr. Mario Olinto, Rua Embaixador Morgan 35 - Humaitá - Río de Janeiro |
| Colombia | " Héctor Pedraza, Carrera 4ª N. 18-22 - Bogotá. |
| Costa Rica | " Carlos Sáenz Herrera, Apartado 2278 - San José. |
| Cuba | Dr. Félix Hurtado, 5ª Avenida 124 - Miramar - Habana |
| Chile | Dr. Francisco Mardones Restat. Servicio Nacional de Salud. Mac Iver 541. Santiago de Chile. |
| Ecuador | " Carlos Andrade Marín, Roca 605 - Quito |
| El Salvador | " Marco Tulio Magaña, Avenida Universitaria 88. San Salvador. |
| Estados Unidos de América | Vacante. |
| Guatemala | Dr. Werner Ovalle López, 1ª Avenida Nº 18-13 Zona 1, Guatemala. |
| Haití | Sr. L. Max Fouchard, Bureau du Travail - Port - au - Prince. |
| Honduras | Dr. Joaquín Romero Méndez, Consulado del Uruguay - Tegucigalpa |
| México | Srta. Francisca Acosta, Direc. Gral. Asistencia Social México |
| Nicaragua | Dr. Rodrigo Quesada, 6ª Ave. S.E. Nº 104 - Managua. |
| Panamá | Srta. Elsa Griselda Valdés, Ministerio de Trabajo, P. Social y Salud Pública - Panamá |
| Paraguay | Dr. Ricardo Odriosola, Eligio Ayala 510 - Asunción |
| Perú | " Otto Fiek Campodónico, Departamento Materno Infantil. Ministerio de Salud Pública. - Lima. |
| Rep. Dominicana | " Nelson Calderón, Calle "Hermanos Deligne" 15. Ciudad Trujillo. |
| Uruguay | " Alfredo Alambarri, J. Benito Blanco 795 - Montevideo. |
| Venezuela | " Ernesto Vizcarrondo, Qta. Majagual. Av. Bogotá. Urbanización Los Caobos - Caracas. |

Oficina: 8 de Octubre 2882 — Montevideo

Director General

Dr. Víctor Escardó y Anaya

BOLETIN

DEL

INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO

EX

Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia

SUMARIO — SOMMAIRE — CONTENTS

| | Pág. |
|--|------|
| Notas Editoriales | 381 |
| La reelección del Dr. Mora, por Víctor Escardó y Anaya. | |
| Distinción al Dr. Adolfo Morales, por Víctor Escardó y Anaya. | |
| Simposios sobre nutrición infantil, por María Luisa Saldún de Rodríguez. | |
| Nuestro Instituto en Francia | 384 |
| El Prof. Robert Debrè conversando con el Embajador del Uruguay en París, Prof. Abelardo Sáenz (Fotografía) Frente a p. | 384 |
| Visita efectuada a nuestro INSTITUTO por el Prof. Robert Debrè (Fotografía) Frente a p. | 385 |
| La posición exacta de un programa de puericultura en la comunidad. Por Marco Tulio Magaña. (San Salvador — El Salvador) . | 387 |
| El problema del crecimiento retardado. Por Lawson Wilkins (Baltimore, Maryland — Estados Unidos de América). Sumario por Antonio Stábile (Uruguay) | 393 |
| La experiencia colombiana en la erradicación de un vicio. Por Jorge Bejarano (Bogotá - Colombia) | 402 |
| Escuela de educadores especializados para la infancia inadaptada. Por Luis M. Petrillo. (Montevideo - Uruguay) | 411 |
| Nuestro INSTITUTO | 424 |
| Conferencias y congresos: Seminario de enseñanza del servicio social latino americano. Montevideo. Uruguay. — VII Congreso nacional de pediatría. Monterrey, México. — IV Congreso de la Asociación Internacional de Educadores de Niños Inadaptados. Lausana, Suiza. Congreso mundial de Bienestar infantil. Bruselas, Bélgica. — Conferencia internacional de estudio sobre el niño en la familia. Tokio, Japón | 426 |
| Libros y revistas: Diccionario (localismos agrícolas). Por Samuel Molinari. — La escuela de los pájaros fruteros. Por Bernardino Jinés H. — The outlook for women in social case work in a medical setting. Department of Labor. Washington. — Revistas: Lo sviluppo psicomotorio del fanciullo immaturo affettivo. Por F. Sacco. — Kraepelin y | |

| | |
|--|-----|
| Freud a cien años de su nacimiento. Por H. Delgado. — Epidemiología de las alteraciones mentales. B. Pasamannick. — Causas de muerte del recién nacido prematuro en nuestro medio. Por E. Soto Pradera, J. R. Montalvo, J. Silverio y F. Fuste. — A community approach to delinquency. Por Ch. W. Leonard. — Sviluppo affettivo del bambino. Por M. Balconi | 433 |
| Informaciones: Nuevo programa de actividades de la Sociedad de Pediatría del Uruguay. Por María Luisa Saldún de Rodríguez. — Convocatoria de un concurso para premiar un trabajo sobre tema libre de pediatría. Barcelona, España. — Patronato Nacional de la Infancia. Tegucigalpa, Honduras. — Planes de estudio para maestros especialistas en la educación de niños anormales. Parque Lira, Tacubaya, México. — Orphelinat de l'enfant Jesus Petion - Ville Route des Frères. Haïti. | 441 |

BOLETIN
DEL
INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO
EX
Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia

Notas Editoriales

LA REELECCION DEL DR. MORA

El Dr. José A. Mora Otero ha sido reelegido Secretario General de la Unión Panamericana por un período de diez años. Conocidas son las dotes de americanista que lo adornan para no repetir las aquí, pero el Instituto Interamericano del Niño quiere dejar constancia del deseo que lo anima de colaborar dentro del sistema panamericano, en la línea de su orientación específica por el niño y por la familia. Por su comprensión y su demostrada adhesión al INSTITUTO, el Dr. Mora seguirá siendo uno de los mejores amigos de esta casa, "obra de América para los niños de América".

DISTINCION AL DR. ADOLFO MORALES

El Dr. Adolfo Morales, Director del Departamento de Estadística de nuestro INSTITUTO, acaba de recibir de la República de El Salvador una honrosa distinción, premiando su labor como Delegado Residente de ese país en el Consejo Directivo. Este hecho parecería no tener significación para una nota editorial y sí para una interesante noticia. Pero el gesto de El Salvador es un ejemplo que conviene destacar. Los Delegados Residentes, como el Dr. Morales, desempeñaron durante muchos años, una misión interesante, permitiendo la realización de las reuniones del Consejo, que no hubieran podido tener lugar por las dificultades que tenían para venir de sus países a Montevideo, los Delegados Técnicos. La XXXVIII reunión del Consejo Directivo, realizada en Lima, en julio-agosto de 1957, al modificar el Estatuto, suprimió los Delegados Residentes, dejando sólo los Delegados Técnicos con el nombre de Representantes de cada país. Y para asegurar la asistencia creó los medios que permitirán la concurrencia de estos Representantes

en reuniones que tendrán lugar un año en Montevideo y otro en el país que se indique. La de 1958, será en Bogotá coincidiendo con el XI Congreso Panamericano del Niño, hoy órgano de nuestro INSTITUTO.

En la Embajada de El Salvador, en Montevideo, le fue entregado el pergamino al Dr. Morales. El Dr. Víctor Escardó y Anaya, en su calidad de Director General, abrió el acto con palabras que explicaban el significado de la reunión. El Dr. Marco Tulio Magaña, representante de El Salvador y Vicepresidente de nuestro Consejo Directivo en elogiosas palabras para el Dr. Morales pidió al Encargado de Negocios a.i. Ricardo Machón Díaz le entregara el diploma, lo que éste efectuó con significativos conceptos. El Dr. Morales agradeció la distinción poniendo de relieve la vinculación con El Salvador. Una numerosa concurrencia de diplomáticos americanos y de amigos de El Salvador y de nuestro INSTITUTO, asistió al acto.

Víctor Escardó y Anaya

SIMPOSIOS SOBRE NUTRICION INFANTIL

El Instituto Interamericano del Niño está organizando dos simposios sobre Nutrición Infantil con la cooperación del Unitarian Service Committee, de la Oficina Sanitaria Panamericana, de FAO e INCAP (Instituto de Nutrición Centro America y Panamá).

Los participantes a este programa están representados por dos equipos normativos, que tienen a su cargo la planificación del programa y método de trabajo, y una representación integrada por tres becarios de cada uno de los países sudamericanos.

Han sido invitados a integrar el equipo norteamericano: Mrs. Elisabeth Shirley Enochs (Bienestar social), Miss Marjorie Heseltine (Nutrición), Dr. Samuel Levine (Pediatria), Dr. Wilson G. Smille (Salud pública).

Participarán además, enviados por sus propias organizaciones, el Dr. Nevil Scrimshaw (Director de INCAP) y el Dr. Henri P. Teulón (FAO).

El equipo latinoamericano está integrado por la Dra. María Luisa Saldún de Rodríguez (Directora del Departamento Técnico de nuestro INSTITUTO), el Dr. Carlos Collazos Chiriboga (Director del Instituto Nacional de Nutrición del Perú), el Dr. Walter Santos (Director Ejecutivo del Consejo Coordinador de Abastecimientos de Río de Janeiro, Brasil), el Dr. Dante Costa (Director de los Cursos del Servicio de Alimentación de la Previsión Social de

la Universidad de Brasil), el Dr. Federico Gómez (Pediatria) y el Dr. Arturo Baeza Goñi (Pediatria).

Los simposios se llevarán a cabo en dos sedes sudamericanas: Cali (Colombia) y La Paz (Bolivia).

La duración de cada simposio será de cinco días, trabajando a tiempo completo y con una planificación metódica previa.

A Cali concurrirán los becarios de Venezuela, Perú, Ecuador y Colombia.

A La Paz asistirán los becarios de Argentina, Bolivia, Chile, Paraguay y Uruguay.

La fecha de realización se ha fijado del 17 al 23 de febrero para Cali y del 27 al 5 de marzo, aproximadamente para La Paz.

Tanto los integrantes de los equipos normativos como los becarios estudiarán y discutirán los problemas en un plano de igualdad, pudiendo presentar informes que se ajusten a las normas del programa. Los becarios se están seleccionando dentro de personas expertas en los diferentes campos de la nutrición infantil: nutriólogos, pediatras, agrónomos, asistentes sociales, dietistas, nutricionistas y educadores en nutrición.

El programa abordará los problemas, no sólo técnicos, sino con preferencia los relacionados con los aspectos socio-económicos, culturales y de producción agrícola. El objetivo de estos simposios es buscar las soluciones prácticas para alcanzar un mejoramiento de la nutrición del niño en América.

En forma muy especial se tratará de establecer una mejor coordinación de todas las instituciones oficiales o privadas que ya están actuando en este campo, y un mejor aprovechamiento de los alimentos existentes, propendiendo a un mayor desarrollo de la producción agropecuaria.

Sobre estas bases, se han estructurado tres proyectos: uno del Departamento Técnico de nuestro INSTITUTO, otro del Dr. Henri P. Teulón de FAO y otro del Unitarian Service Committee, que están actualmente en estudio de los miembros de los equipos normativos.

María Luisa Saldún de Rodríguez

Nuestro Instituto en Francia

La colección completa de nuestro BOLETIN es entregada en París al Centro Internacional de la Infancia

Ampliando el círculo de nuestras relaciones internacionales nuestro INSTITUTO se puso en conexión con el Centro Internacional de la Infancia con sede en el Chateau de Longchamp, en París, desde su fundación.

Deseoso el INSTITUTO de establecer un intercambio que beneficiara a las dos instituciones, el entonces Director General, Dr. Roberto Berro ofreció al Centro Internacional de la Infancia una colección completa de nuestro BOLETIN, desde su fundación en 1927. Esa colección fue enviada a París por intermedio de la Embajada del Uruguay. El 17 de setiembre de 1957, en la sede del Centro, fue entregada al Prof. Dr. Robert Debré, Presidente, por el Embajador del Uruguay Dr. Abelardo Sáenz. Con ese motivo fueron pronunciados los siguientes discursos:

Del Dr. Abelardo Sáenz

Querido Maestro:

Señores:

Me siento feliz y particularmente emocionado al poder cumplir hoy la misión que me había sido confiada por mi malogrado maestro, colega y amigo Roberto Berro, uno de los representantes más calificados de la pediatría uruguaya y uno de los más impregnados de las lecciones de la ciencia francesa.

La muerte del Profesor Berro el 7 de setiembre de 1956, constituyó un verdadero duelo nacional. Creo no equivocarme agregando que lo mismo sucedió para la pediatría de la totalidad del Continente sudamericano.

Discípulo de la Escuela Francesa, Berro, después de haber terminado sus estudios en 1909, con otro gran amigo de Francia el insigne Luis Morquio, del cual fue Jefe de clínica, participó activamente en la vida política de nuestro país, donde mostró raras cualidades de legislador y de hombre de Estado.

Diputado, Senador, Consejero Nacional de Gobierno, la muerte lo sorprende en plena labor cuando ocupaba una banca en el Senado de la República.

Fue en 1933 que en su calidad de Ministro de Protección a la Infancia, el doctor Roberto Berro tuvo la iniciativa en el Uruguay de redactar el Código del Niño, el primero en su género en Amé-



El Prof. Robert Debré conversando con el Embajador del Uruguay en Paris, Prof. Abelardo Sáenz, después de haber entregado aquel en nombre del INSTITUTO, la colección de los treinta años de nuestro BOLETIN para el Centro Internacional de la Infancia



Visita efectuada a nuestro INSTITUTO por el Prof. Robert Debré quien se encuentra al lado del Director General, rodeado por parte del personal técnico y administrativo. Montevideo, 16 de octubre de 1957

rica Latina, código que ha servido de modelo en los diversos países de nuestro Continente.

Berro fue un gran protector de la niñez bajo sus tres aspectos: físico, mental, social. Su labor científica reposa sobre numerosas publicaciones que honran a la pediatría uruguaya. A la muerte de Morquio, lo reemplaza ocupando la dirección general del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia.

Querido Maestro, la ocasión me es feliz de poner hoy en sus manos la colección completa del Boletín de este Instituto fundado en 1927 y que ha aparecido regularmente hasta hoy. Toda esta documentación goza de un gran prestigio en los 21 países de América. En su totalidad han adherido al Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, actualmente organismo especializado de la Organización de los Estados Americanos.

No es sino con explicable emoción que recuerdo aquí las páginas de la colección que el Dr. Berro, algunos meses antes de su muerte, dedicó al Centro Internacional de la Infancia que Vd. dirige, querido e ilustre amigo Robert Debré, con un talento y una autoridad excepcionales.

La ceremonia de hoy viene a su tiempo; Vd. está en vísperas de su partida para nuestro Continente y, en particular, para mi país donde cuenta con tan numerosos discípulos y admiradores.

Permítame recordar también los venturosos años de colaboración científica que Vd. ha establecido entre su servicio clínico y el laboratorio que dirijo bajo la égida de nuestro venerado maestro común, Calmette, en el Instituto Pasteur de París.

Mi recuerdo va también a nuestros colaboradores comunes, Costil y Broca que, gracias a vuestras fecundas iniciativas, nos han permitido aclarar algunos puntos oscuros de la patología de la tuberculosis en el niño.

En mi calidad de decano del Cuerpo Diplomático de América Latina, convencido desde ya del éxito que Vd. va a tener en su nueva misión, querido y grande embajador de la ciencia francesa, y en nombre de todos sus discípulos en el nuevo Continente, os deseo una estada feliz en todos los países que Vd. va a visitar y que desde ya con impaciencia os esperan.

He dicho.

Del Dr. Robert Debré

Mi querido Embajador y gran amigo:

Es para mí un enorme placer recibirle hoy aquí y tener el privilegio, como Presidente del Centro Internacional de la Infancia, de aceptar y de agradecer la colección completa del Boletín del

Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia que con tanto acierto y dedicación dirigió el Doctor Roberto Berro.

Hizo muy bien en recordar el señor Embajador a ese pionero de la pediatría uruguaya que, con su maestro Luis Morquio, he conocido personalmente durante mi última estadía en Montevideo.

Ustedes, jóvenes que me escuchan, no saben el grado de perfección alcanzado en pediatría en el Uruguay, gracias a estos dos maestros cuyas ideas originales y trabajos han inspirado y guiado a varias generaciones de médicos sudamericanos.

Roberto Berro, fiel discípulo de Morquio, ha contribuido en mucho a desarrollar una magnífica obra social en el Uruguay con la redacción y publicación del Código del Niño que busca proteger a la vez a la madre y al niño, obra que por su magnitud desborda el límite del continente y que tuvo una verdadera repercusión universal.

Hizo Vd. también muy bien señor Embajador, al recordar las horas pasadas juntos con ese maestro inolvidable que fue Calmette, cuya figura se acrecienta cada día y cuya personalidad excepcional ha marcado para nosotros dos, una etapa en nuestra vida.

Es un verdadero acto de justicia recordar que Vd. fue su más fiel colaborador y su consejero espiritual en las horas amargas que tuvo que atravesar cuando los ataques lo perseguían; usted fue un verdadero hijo para él.

Su obra científica ha culminado ahora, mi querido Embajador, con la vida diplomática y con el decanato del Cuerpo Diplomático sudamericano en París. Y al emprender viaje hacia Sudamérica quiero hacerle notar, mi querido Embajador y amigo, que no me sentiré extraño en ese magnífico continente latino y menos aun en su patria, el Uruguay, donde tengo tantos amigos y discípulos como afectos y a los cuales siempre he recordado y querido con particular devoción.

He dicho.

La posición exacta de un Programa de Puericultura en la Comunidad (1)

Por el Dr. Marco Tulio Magaña
(San Salvador - El Salvador)

Definiciones

Pediatría. — Del griego Paid — Paidos — Niño y iatría — Curación: Medicina de los Niños.

Paidología. — de Paidos — Niño y logos — tratado: Ciencia que estudia lo que trata de los Niños.

Nipiología. — Del griego Nipios — Niño pequeño, que todavía no habla. Logos, tratado. La ciencia del niño pequeño que todavía no habla, considerada de un modo integral.

Nepiónico. — De Nēpios — Embrión: Período embrionario de la vida.

Puericultura. — Del latín Puer — Niño y cultura — cultivo: Crianza y cuidado de los niños.

Ninguno quizá de los términos definidos es usado en el momento actual con el estricto sentido etimológico de la palabra. Dos de ellos son los más usados: Pediatría y Puericultura. La palabra Pediatría, creada para significar la parte de la Medicina dedicada a curar las enfermedades de los niños, no significa hoy simplemente el tratamiento de esas enfermedades, pues al variar y ampliarse el concepto de salud, el significado de la Medicina se ha ampliado también y la Pediatría ya no guardará por tanto su significado estrecho original sino uno más amplio.

Se habla hoy de Pediatría Social y en la XXXVIII Reunión del Consejo Directivo del Instituto Interamericano del Niño se oyó decir que: "El Pediatra no está haciendo incursiones en campo ajeno cuando habla de asuntos pedagógicos, sociales, estadísticos, jurídicos, etc., cuando estos asuntos se refieran o relacionen con el niño".

Artificial resulta ahora significar que la Pediatría se refiere sólo al niño enfermo y que la Puericultura trata sólo con el niño en el período de salud, ya que si la Pediatría trata de restablecer la salud al niño enfermo no puede ignorar los períodos de salud

(1) Trabajo presentado a la Jornada Sanitaria de Quezaltepeque, octubre 26 de 1957.

del mismo niño, durante los cuales la medicina preventiva actúa para mantener esa salud. A esta parte de la Pediatría es que se ha tratado generalmente de referir la Puericultura: "Cuidados y crianza de los niños"; pero, ¿acaso no se dan cuidados para la crianza de los niños enfermos? Un niño con una enfermedad crónica, digamos, recibe por igual cuidados para su enfermedad así como cuidados para su crianza.

No es posible entonces esa división entre una y la otra, refiriendo una al estado de enfermedad y la otra al estado de salud. Curar a un niño enfermo y salvar su vida es cuidar de su crianza también. Sea entonces permitido dar a esos términos otras acepciones en las que ambas comprendan los 2 períodos, el de salud y el de enfermedad; pero mientras el significado de Puericultura se limitará a las acciones que se hagan sobre el niño como persona, el término Pediatría se extenderá a la acción integral sobre el niño como género.

Así, una dependencia: Departamento, División o Servicio que especifique hacia el Niño la labor de una institución, como sería por ejemplo la que en nuestra Sanidad se ha denominado siempre Materno-Infantil, podría perfectamente denominarse División de Pediatría. La labor que se hace en las clínicas atendiendo a niños o a madres y dictando las indicaciones o prescripciones necesarias para mantener la salud o volver a ella, serán Clínicas de Puericultura.

Este trabajo se refiere a la labor de las clínicas, a la forma cómo debe procederse en esas clínicas y de allí que se refiere, según este concepto, a la Puericultura.

La vida del niño es una sola y no puede separarse en niño sano y niño enfermo. Se trata del niño que, siendo sano, cae en períodos de enfermedad. Quien hace Puericultura, por tanto, no debe dedicarse sólo a una de las dos situaciones de la vida del niño, sino que a ambas y especialmente a la interrelación de ambas. El Médico Puericultor es el responsable de la crianza del niño y por tanto mal haría en dedicarle su atención sólo en los períodos de salud y abandonarlo o al menos ignorar sus momentos de enfermedad. El conocimiento de los períodos de enfermedad del niño son de una importancia considerable para el Puericultor.

Algunos cometen el error de creer que un Puericultor ve únicamente a niños que "siempre son sanos" y hasta se les oye decir que en algunos países es imposible mantener una clínica de Puericultura porque no hay niños sanos. Ese es un error craso; quienes así hablan posiblemente nunca se han detenido a pensar sobre ese punto o repiten lo que otro ignorante dijera.

Quizás esa idea ha nacido del hecho de que en la Clínica de Puericultura se atiende al niño generalmente en los períodos de

salud y durante los de enfermedad es referido a otros centros donde se esté mejor equipado para tratarle sus enfermedades.

El Médico Puericultor debe establecer un patrón, tipo o modelo ideal de lo que deben ser los niños puestos bajo su cuidado; un patrón o mejor dicho patrones diversos, de acuerdo con la edad y condiciones en que vivan y cada niño que se le presente compararlo a ese patrón, como hace el laboratorista en el Colorímetro, para saber los grados y clases de desviación que presenta el niño ante los patrones. Esos deben ser, por ejemplo: de desarrollo (físico, motor, mental, emocional, etc.), de nutrición, de educación, de inmunidad, de salud, etc.).

Si el niño se encuentra por fuera del patrón, el Puericultor debe dar las indicaciones necesarias o las prescripciones que hagan que el niño vuelva a él y considerar las desviaciones del patrón desde 3 posiciones diferentes: 1ª), Desviaciones que no necesiten atención especial, por corregirse solas. 2ª) Desviaciones irreductibles; y 3ª) Desviaciones que necesiten ser reducidas con atención especial.

Son quizás las desviaciones de la salud las que merecen una consideración especial, por el hecho de que siempre se prestan a discusión: si el Puericultor o la Clínica de Puericultura debe o no atender niños enfermos. Dos consideraciones deben especialmente hacerse a este punto: 1ª — Si hay o no peligro de atender al niño enfermo, especialmente contagioso en junta con los niños que estén en períodos de salud. No se hace necesario meditar mucho para darse cuenta de este peligro, suficiente para atender por separado al niño sano; 2ª — Consideración, ¿está en capacidad la Clínica de Puericultura para atender a los niños enfermos? o en otras palabras ¿cuenta esa Clínica con los implementos necesarios para atenderlos?

Se ha dicho mucho que la madre a cuyo hijo no se le presta atención mientras está enfermo no volverá con él ya sano. Esto es cierto todavía en muchos lugares donde la madre no ha comprendido aún lo que vale la dirección del Puericultor, para la conservación de la salud o donde el Puericultor no ha hecho sentir su bondad a la madre que juzga que a la consulta en salud va sólo a perder su tiempo. En lugares así se hace necesario dar un servicio de curación al niño enfermo, sin que esto signifique que sea la propia Clínica de Puericultura la obligada a darlo, siendo preferible que integrado al servicio general pueda haber como atender al niño enfermo considerando la enfermedad sólo como un accidente, pero sin perder la dirección efectiva que deberá ser en salud.

En lugares donde la integración de servicios es efectiva y bajo una sola dirección, la situación es muy favorable, ya que la atención al enfermo se le dará fácilmente sin confundirla con la aten-

ción al sano. En lugares donde haya integración funcional aunque no de jefatura, también la situación es fácil y la comunidad se siente atendida, aunque a veces le falte al Puericultor cierta información sobre los accidentes de enfermedad. En lugares donde haya separación de servicios y aún divorcio de ellos, es donde se presentan los problemas, especialmente en aquellos en donde por alguna circunstancia no hay ninguna atención para el niño enfermo.

En lugares como estos últimos la madre recurre también a la Clínica con su hijo cuando está en períodos de enfermedad; si le es atendido otras recurrirán luego a buscar el servicio con sus respectivos hijos enfermos y la Clínica no preparada para atenderlos los recibe aunque no de, para su tratamiento, ni una cura de antibióticos ni un anexosmótico. Poco a poco el niño enfermo sustituye al sano porque las consultas se hacen numerosas y al cabo de cierto tiempo la atención se vuelve sólo para los períodos de enfermedad.

Graves males tiene esta situación. Para atender a niños enfermos es necesario estar convenientemente equipado, para hacer un buen diagnóstico y un buen tratamiento. Cuántas tuberculosis son largamente tratadas con sulfas, cuántas xeroftalmías con colirios de sulfato de zinc o antibióticos. Cuántas diarreas necesitan en lugar de antibióticos una mejora conveniente de la alimentación. Cuántas prelitis no llegan a diagnóstico por falta de un examen del sedimento urinario. Enfermos de esta clase siguen llegando a la Clínica sin ningún beneficio para ellos y recargando el número de consultas, que se vuelven imposibles e impidiendo en cambio que una buena proporción de niños sanos reciban la acción preventivo-educativa que fundamentará la base de su salud.

A las dificultades de diagnóstico se agregan las de tratamiento, porque es necesario, al fin, referir los niños a otros Centros para su tratamiento adecuado, ante la imposibilidad de seguirlo en la Clínica.

Hay un buen número de afecciones en las cuales se gana muy poco con tratar sólo a los niños durante su enfermedad; se repiten con frecuencia y si la causa que las produce no desaparece, fundamentalmente se ha ganado poco.

La diarrea es un ejemplo. Tratarle a un niño el accidente diarreico con sulfapeptina, por ejemplo, varias veces al año, sin investigar las causas por las que esa diarrea se repite, como lo haría la Clínica de Puericultura, por medio de visitas al hogar, es abandonar al niño ante un peligro que al menor descuido se lleva una vida. Tratar una desnutrición con fórmulas químicas y extractos biológicos, sin revisar las capacidades de la familia para corregir la alimentación es también caro e inútil. Dar tratamientos antihelmínticos sin revisar la disposición de excretas es equivocado y antilógico.

La clínica de Puericultura comete también un grave error si se dedica a considerar al niño sólo frente al patrón salud y descuida relacionarlo frente a los otros patrones que influyen en la vida de él, al igual que la desviación de la salud la hace peligrar.

Hay muchos que creen que una madre sólo recibe satisfacción cuando se le devuelve la salud a su niño enfermo; ¿acaso otras acciones de la Puericultura no dan igualmente satisfacciones? ¿Qué puede decirse, por ejemplo, de una madre cuyo hijo se ha alejado del patrón de nutrición por la hipogalactia de ella? ese niño que es llevado inútilmente al seno cada 2 horas y llora día y noche y no se desarrolla? El Puericultor que analiza los hechos e instituye una lactancia mixta al niño insomne, llorón e intranquilo, da a la madre una satisfacción.

Hay más satisfacción en mantenerse sano que en vivir luchando por salir de la enfermedad.

El Puericultor no puede permanecer aislado en la ejecución de su programa: su auxiliar más cercano es la Enfermera que educa y supervisa el hogar, mas debe mantener relaciones constantes con todos los elementos de su organización y de las otras clínicas.

El Venereólogo y el Tisiólogo, el Epidemiólogo, el Inspector y la Enfermera, la Nutricionista, el Ingeniero y el Educador, para mencionar sólo los elementos propios de una oficina de Sanidad contribuyen con él a la puericultura, haciendo cada cual la parte que le concierne y manteniéndose el Puericultor como el eje de realización del programa. La Puericultura no la hace, por consiguiente, una sola persona sentada frente a un escritorio, sino una organización completa. Cuando dicha organización no cuenta con los servicios necesarios para comparar al niño con algunos de los patrones, como el citado caso del patrón de salud, debe buscar la manera de lograrlos como propios, antes de mal hacer aquello para lo cual no está capacitada.

La solución de situaciones como ésta está en lo que ha dado en llamarle la integración de servicios. Integración es la formación de un todo con sus partes integrantes y partes integrantes o integrales son las que entran en la composición de un todo, a distinción de las que llamadas esenciales, sin las cuales no puede subsistir una cosa.

Fuera del sentido etimológico de la palabra, integración de servicios de salud, significa considerar la vida de las personas y por ende su salud como una sola cosa y continuada especialmente en lo que se refiere a su atención. Debe si tenerse presente que la integración no basta con que sea administrativa, sino que ante todo debe ser funcional. Puede que no tenga una jefatura única, pero sí una sola dirección, puesto que hay integraciones administrativas

que no funcionan como tales al par que puede haber integración funcional sin que haya integración administrativa.

En resumen y considerando que la Puericultura puede hacerse con diversas medidas: Ambientales, generales o directas, al niño y a la madre, el jefe Local de Sanidad debe estudiar su comunidad y considerar cuáles son las disposiciones de la materia aplicables al lugar donde a él le concierne.

Lugares habrá donde las únicas prevenciones posibles serán las ambientales, como las de Saneamiento; en otros sitios además de éstas podrán usarse las generales, como las de inmunización y sólo en ciertas áreas podrán usarse las directas.

En estos últimos lugares el Puericultor deberá ser el director de la salud del niño y procurar que a la par de esa dirección existan en su comunidad los servicios para tratar en forma adecuada las desviaciones del patrón, especialmente las del patrón salud.

Se hará cargo él de esos tratamientos sólo cuando sus capacidades se lo permitan y con la intención de lograr la dirección en salud de los niños y no tratar únicamente sus períodos de enfermedad.

Problema del Crecimiento Retardado

Por el Dr. Lawson Wilkins

Profesor de Pediatría, Universidad de Johns Hopkins
(Baltimore, Maryland — Estados Unidos de América)

Sumario de la conferencia pronunciada en el Instituto de Clínica Pediátrica y Puericultura "Dr. Luis Morquio", de Montevideo, realizado por el Dr. Antonio Stábile.

En la infancia los trastornos metabólicos pueden ser causa de alteraciones a los tipos normales de desarrollo y crecimiento y si bien estos cambios morfológicos pueden ayudar al clínico en el diagnóstico de endocrinopatías, muchas veces el médico no informado confunde los cambios endocrinológicos con factores congénitos, o, puede orientar las variaciones de desarrollo que están cerca de los hallazgos de endocrinopatías con las mismas, cuando realmente no son de origen hormonal, por lo que se hace preciso la demostración de las alteraciones hormonales específicas, por métodos especiales, antes de hacer un diagnóstico basado sólo en alteración de desarrollo y crecimiento. Es así que sin mayor investigación se otorga a la hipófisis la causa del hipo-crecimiento sin realizarse obvia explicación.

El crecimiento y desarrollo de estructuras corporales comienza en el momento de la fertilización y se completa con la madurez del adulto, por lo cual el genotipo representa el plan para el futuro crecimiento, desarrollo y constitución biológica del individuo. Diferencias hereditarias o mutaciones genéticas pueden contribuir a dar razón de las variaciones morfológicas, anomalías congénitas de crecimiento o hipo-desarrollo.

En adición a los factores genéticos, responsables de las diferencias constitucionales del sistema endócrino individual, las glándulas endócrinas en sí mismas pueden influenciar este desarrollo y crecimiento antedicho. Lo mismo puede ser dicho frente a diferencias constitucionales en el sistema nervioso, el cual puede ejercer su influencia directamente sobre el desarrollo o a través del sistema endocrino.

Los efectos de estos reguladores intrínsecos de crecimiento y desarrollo, pueden estar alterados en la vida pre o post natal por factores extrínsecos o influencias ambientales, tales como carencias nutricionales en aminoácidos, vitaminas, minerales, anoxia o enfermedad.

Una anomalía uterina, toxemia, trastorno nutritivo, infección o hemorragia placentaria de la gestante puede producir una detención del desarrollo prenatal.

Por lo tanto el crecimiento puede estar alterado por elementos que es preciso determinar:

- 1) nutrición o enfermedad de sistema;
- 2) factores genéticos actuando directamente sobre el cuerpo o causando diferencias constitucionales en el tipo endocrino;
- 3) alteraciones de las glándulas endocrinas o de centros hipotalámicos.

Es de especial interés distinguir verdaderas alteraciones endocrinas de meras diferencias constitucionales o desequilibrios temporarios.

INFLUENCIA DE FACTORES GENETICOS, ENDOCRINOS Y NERVIOSOS EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTERRELACION DE LOS MISMOS Y CON FACTORES EXTRINSECOS

En una Policlínica médica infantil predominan las consultas no endocrinas, obesidad por ejemplo, que no son endocrinas en su mayoría y alteraciones diversas que son constitucionales y que suman un número importante de causales de hipodesarrollo en la infancia, y cuya consulta es frecuente. Si pensamos en la hipófisis como glándula de intervención en el desarrollo, la hormona de crecimiento es sólo un factor, en cambio la tiroides, hace aglomerar un conjunto de alteraciones de crecimiento, evidenciables en todo período de la vida, produciendo además marcado retardo en los procesos de maduración.

Es así pues que, durante la infancia el problema esencial es diferenciar los problemas tiroideos o hipofisarios, de anomalías congénitas o de crecimiento no endocrino; en la adolescencia variaciones constitucionales de desequilibrios hormonales temporarios, o permanentes que requieren tratamiento específico.

CUADRO QUE DEMARCA LAS INTERRELACIONES DEL SISTEMA ENDOCRINO QUE INTERVIENE EN EL DESARROLLO SOMATICO Y SEXUAL Y EN EL CRECIMIENTO, MEDIANTE LA HORMONA DE CRECIMIENTO Y LAS ELABORADAS POR TIROIDES, SUPRARRENALES Y GONADAS

Desde el punto de vista diagnóstico la hiperactividad o el déficit de tiroides, suprarrenal o gonadas puede ser debido a un trastorno en estas glándulas, o en la hipófisis o en el sistema nervioso central.

Algunos de los cambios de desarrollo que puede ser evaluados clínicamente sin mucha dificultad son:

- 1) **PROPORCIONES ESQUELETICAS:** los segmentos alto y bajo esqueléticos, medidos desde la sínfisis pubiana, cambian constantemente desde el nacimiento a los 10—11 años de edad;

1.7 (sínfisis pubiana - cabeza)

al nacimiento el índice es: —

1.0 (sínfisis pubiana - pies)

índice que se mantiene hasta los 3 años; numerador mayor que denominador;

1.0

a los 10—11 años: — En el niño hipotiroideo la ma-

1.0

duración de las proporciones esqueléticas pueden ser tan retardadas como para comprometer la altura.

2) **MADURACION DE RASGOS FACIALES**

En la infancia, tomando lo esquelético como base, se aprecian modificaciones faciales, debidas al crecimiento del niño, como es la órbita nasal, así como la maduración se prolonga a la adolescencia con modificaciones de nariz y maxilar inferior; y que se demarcan por la observación clínica. La persistencia de una configuración infantil nasoorbitaria es característica de típicos casos de hipodesarrollo, debido a hipotiroidismo congénito, en contraste con el hipopituitarismo.

3) **DESARROLLO OSEO**

Es avaluado estudiando la osificación de los cartílagos de las epífisis, carpo y tarso, y comparando con el grado de osificación normal en edad cronológica y sexo. El nivel es referido como edad ósea. Niños normales pueden mostrar desviación de la edad ósea en relación a edad cronológica en dos o tres años en más o en menos; sin embargo el estudio del desarrollo óseo constituye uno de los mejores objetivos del proceso de desarrollo en contraste con el simple crecimiento lineal o de circunferencia cefálica o torácica.

El desarrollo mental puede ser determinado por tests sicométricos y expresado como edad mental, al tiempo que el desarrollo sexual está determinado por el estado de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

Causales de hipocrecimiento. Varios grupos de condiciones pueden llevar al hipocrecimiento por lo que antes de considerarse una etiología endócrina, el paciente será examinado para excluir desórdenes óseos, metabólicos o circulatorios.

El Dr. WILKINS muestra el cuadro que sigue:

I) **DESORDENES OSEOS**

a) **Condrodistrofias** — sus tipos.

- b) Raquitismo.
- c) Osteogenesis imperfecta.
- d) Procesos de columna vertebral, como B.K. etc.

II) DESORDENES METABOLICOS:

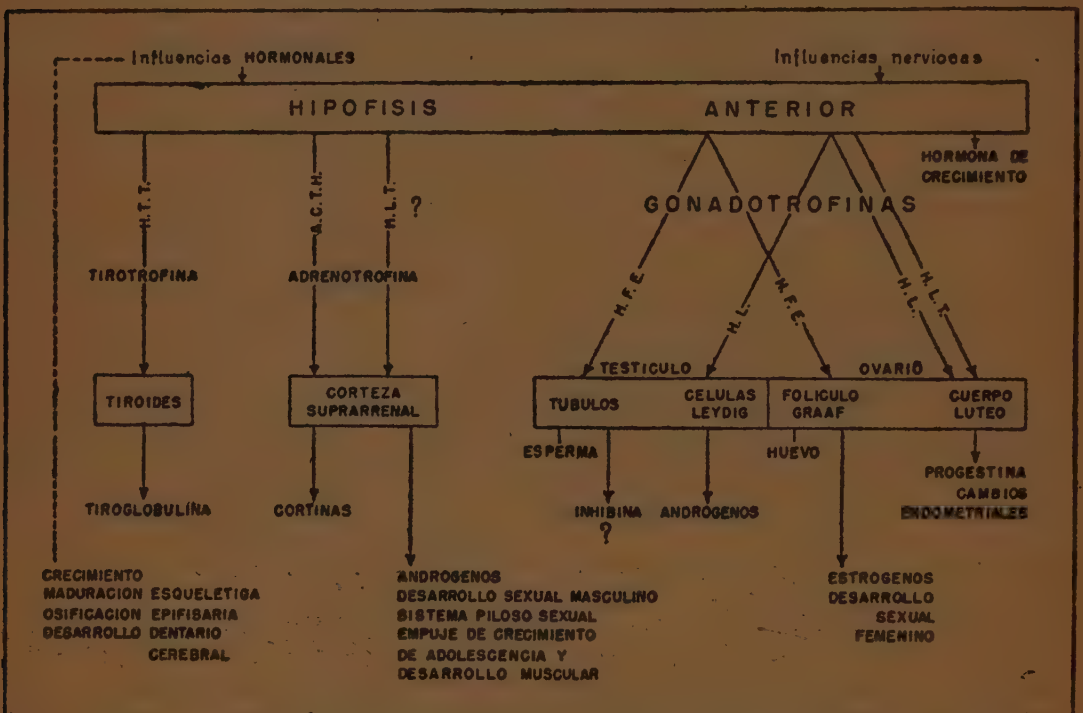
- a) Enfermedades celíaca y fibrosis quística del páncreas.
- b) Enfermedades crónicas renales.
- c) Insuficiencia hepática.
- d) Síndrome de HURLER - gargolismo (disostosis múltiples)
- e) Trastornos nutritivos e infecciones crónicas.

III) DESORDENES CIRCULATORIOS CON ANOXEMIA

- a) Malformaciones congénitas del corazón.
- b) Enfermedades pulmonares crónicas.

IV) DESORDENES ENDOCRINOS

- a) Hipotiroidismo



- b) Precocidad sexual con temprana fusión epifisaria.
- c) Hipopituitarismo.
- d) Tipos mixtos.

V) ADOLESCENCIA RETARDADA

VI) VARIACIONES CONSTITUCIONALES

- a) Familiar
- b) Esporádica
- c) Síndrome de agenesis ovárica e hipocrecimiento.

Entre las causales nutricionales el "pobre apetito no puede producir trastornos de tipo de hipocrecimiento" como lo declara TALBOT. Entre los desórdenes endócrinos pasa a referirse al hipotiroidismo por ser probablemente el más común de los que

se presentan en la clínica, caracterizando un cuadro que no sólo impide el crecimiento regular, sino que demarca un marcado retardo en todos los procesos de maduración. En su forma congénita demuestra que tratados antes de los 6 meses de edad, el 45 % alcanzan los coeficientes normales. Cuando el tratamiento se posterga luego de los 12 meses de edad, se aprecia el aumento de defectivos y anormales.

El fracaso del tratamiento o el no reconocimiento del cretinismo precoz es porque el clínico espera demasiado signos para hacer el diagnóstico y entonces es tarde para preveer la evolución. Por lo tanto, no esperar al desarrollo y hallazgo de todos los signos.

El diagnóstico no estará basado solamente en la apreciación de un retardo de crecimiento y desarrollo sino que se apreciarán las evidencias fisiológicas y metabólicas de una función tiroidea en menoscabo.

SIGNOS PRECOCES:

- 1) Depresión física y mental con anorexia en casi todos los casos.
- 2) SIGNOS CIRCULATORIOS: circulación enlentecida, piel



moteada, palidez grisácea, extremidades frías, pulso lento y presión diferencial pequeña. E.C.G.: Disminución de voltaje en Q.R.S. y T. (común).

- 3) Hipotonía muscular: hernias, distensión abdominal y constipación.
- 4) MIXEDEMA puede desarrollarse tarde al igual que la macroglosia.

Estos signos precoces enunciados no hacen el diagnóstico por sí mismos pero pueden condecir a realizarlo con otros elementos que se detallarán. Estos niños presentan a veces, al examen cardiovascular, la presencia de soplo, producido por infiltración mixedematosa miocárdica y por tal razón a veces son enviados ini-

cialmente al cardiólogo. Estos niños a medida que crecen, cronológicamente hablando, presentan los signos de retardo de crecimiento y desarrollo. Persisten las proporciones infantiles, de los segmentos superior e inferior, la configuración naso orbitaria está hipodesarrollada, el desarrollo óseo retardado, al igual que el cerebral.

De gran significación diagnóstica es la presencia radiológica de la disgenesia epifisaria punteada, que puede simularse sólo en la enfermedad de Perthes (osteocondritis deformante) o en la condrodistrofia; pero que se descartan fácilmente de la disgenesia epifisaria hipotiroidica.

En cualquier caso, el estudio del yodo unido a las proteínas (YODO UNIDO PROTEICO), es el dato más importante diagnóstico, ya que está relacionado con la actividad del tiroides. Esta determinación es difícil de realizar en clínicas comunes, por la ausencia de elementos y propone que sería de gran utilidad, que se pudiera realizar en el Uruguay. Cuando se ha hallado un bajo nivel yodo proteico, debe estudiarse la captación de yodo 131 para ver si hay normalidad, atrofia o ausencia glandular tiroidea. Existen casos de hipotiroidismo en que hay glándula tiroidea aparentemente normal y mismo en niños mayores, en que está aumentada por mecanismo compensatorio. En estos casos, en la captación de yodo 131, se puede tener un resultado normal y mismo aumentado. (Regiones donde no existe yodo o hay cretinismo endémico). Se están reconociendo casos en los que el problema se asienta en un defecto del metabolismo del yodo, a hormona tiroidea.

La hipercolesterolemia, es infrecuente en niños de bajo de los dos años de edad.

En adición al hipotiroidismo, el hipocrecimiento como causal por la que niños son enviados a la clínica endocrinológica, hace que se asista a las causales de intervención de procesos de nutrición, hipopituitarismo, disturbios primordiales del crecimiento. Es un error decir, en relación a la frecuencia, que la deficiencia pituitaria es la mayor causa de trastorno de crecimiento y enanismo.

El caso más común de consulta, es el de retardo constitucional del desarrollo y pubertad retrasada (44.6 %), uniéndose a esta cifra las alteraciones de la edad ósea. Estos casos de pubertad retrasada, en vista a historia familiar o diferencias constitucionales, que no muestran el defecto específico de una glándula endócrina determinada, sino simplemente un retardo en la activación del sistema pituitario-adrenogonadal.

| | | |
|----|---|-----------------------------|
| 26 | % | Enanismo primordial |
| 12 | % | Hipotiroidismo |
| 12 | % | Síndrome de aplasia gonadal |

CONTRIBUCION AL DIAGNOSTICO DE HIPOCRECIMIENTO

| | Grado de Hipocrecimiento | Osificación epifisaria y fusión | Proporciones esqueléticas | Rasgos Faciales | Desarrollo Sexual | Caracteres especiales |
|--------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|---------------------------|-----------------------|--|---|
| HIPOTIROIDISMO | + + + | Marcado retardo | Infantil | Infantil "cretinoide" | Tardía con incompleta maduración | Disgenesia epifisaria. ↑ Colesterol |
| ADOLESCENCIA RETARDADA | + | Retardo moderado | Normal | Inmaduro | Retardo inicial con recuperación posterior | Ninguno |
| ENANISMO PITUITARIO | + a + + + | Retardo | Normal | Inmaduro | Persiste infantil | Test de gonadotrofinas urinaria ↓. 17 Cetoesteroides. ↓ Test insulina prolongada (hipoglicemia) |
| HIPOCRECIMIENTO PRIMORDIAL | + a + + + | Normal | Normal | Madurez cronológica | Maduración normal | Ninguno |
| AGENESIS OVARICA | + | ± Normal | Normal | Madurez | Organos femeninos infantiles | Test de gonadotrofinas urinaria ↑ 17 cetoesteroides ↓ osteoporosis. Defectos genéticos. |
| PRECOCIDAD SEXUAL | + | Prematuréz | Segmento inferior corto | Madurez precoz | Precoz | Test gonadotrofinas normal. 17 ceto: Alto o normal. Rápido crecimiento con prematura fusión epifisaria. |

6.7 % Hipopituitarismo y trastornos hipotalámicos idiópáticos o por causas diversas.

Pasa luego el Dr. WILKINS a hacer una revisión de los "tests" demostrativos de la función hormonal, como método de estudio y diagnóstico complementario en problemas clínicos de crecimiento y endocrinopatías.

El "test de la insulina", sugiere un trastorno hipofisario o suprarrenal, cuando se presenta una hipoglicemia prolongada, a la administración de insulina (0.10 kilo peso) ofrece riesgos y debe de ser cuidadosamente realizado. El test de sobrecarga hídrica, manifiesta la actividad suprarrenal, que en el caso de hipopituitarismo demarca un déficit en el mecanismo de excreción de sobrecarga acuosa. Es un test valioso.

El estudio de los 17 cetoesteroides, puede tener valor especialmente si el test anterior falla, en casos de hipopituitarismo por ejemplo, que se acompañan de déficit suprarrenal y gonadal; marcado descenso se atestigua. Se complementan al anterior, el estudio de gonadotrofina en orina o el test de cromatina sexual verificables en aplasia gonadal o hipopituitarismo con aplasia.

MADURACION SEXUAL

El hecho definitivo es ver si el niño madura o no sexualmente. En el hipopituitarismo hay infantilismo sexual permanente al igual que en aplasia gonadal e hipotiroidismo especialmente no tratado. Los casos de hipocrecimiento primordial maduran normalmente en la esfera sexual. Presenta diapositivos, ilustrativos de casos clínicos de hipotiroides, hipopituitarios, tipos primordiales, y agenesis ovárica y la incidencia de anomalías congénitas que acompañan los casos de hipocrecimiento con base endocrínopática.

Como posible ayuda diagnóstica pasa a apreciar las relaciones entre desarrollo óseo e índice de crecimiento y desarrollo sexual, y muestra el cuadro que se expone.

TRATAMIENTO LINEAS GENERALES

HORMONA DE CRECIMIENTO, ha sido aislada y purificada cuidadosamente, sin embargo su efecto es real en ratas, pero no en el hombre, en el que no se ha demostrado que posea una actividad anabólica proteica. ¿Hormona de crecimiento de mono? ¿De seres humanos?

VITAMINA B12 No efectiva

HORMONA TIROIDEA efectiva en hipotiroidismo produciendo espectacular aceleración del crecimiento. No efec-

to en otros tipos de hipocrecimiento. Uso: Tiroides Desecado.

TESTOSTERONA I M., en casos de adolescencia retardada al igual que gonadotrofina coriómica, en tratamientos cortos.

WILKINS no trata en general estos casos. Si es preciso tratar, el adolescente con problemas psicológicos, usa Metiltestosterona 10 — 20 mgs. diarios por algunos meses para acelerar desarrollo testicular.

En niños pasando los 17 años con infantilismo sexual estimulación con gonadotrofinas coriómica parece racional o metiltestosterona oral (25—30 mg.) (aplicación cíclica).

En hipopituitarismo masculino, andrógenos: Metiltestosterona agregada a estrógenos, acelera crecimiento, sin causar virilización. Si es preciso tiroides y cortisona.

En hipopituitarismo masculino, andrógenos; Metiltestosterona 30 mgs. diarios. Depot testosterona I.M. cada 3—4 semanas. Tiroides y cortisona si es indicada.

Esteroides de anabolismo proteico han sido estudiados para favorecer crecimiento sin que posean acción virilizante. Para el hipocrecimiento primordial o constitucional no hay tratamiento efectivo, mientras que el tratamiento estrogénico comenzando a los 12—14 años por 6—9 meses se ha vinculado al síndrome de aplasia gonadal.

CONSULTAS MEDICAS FRECUENTES

- 1) GINECOMATIAS pasajeras de regresión espontánea luego de 3 años.
- 2) ADOLESCENCIA RETARDADA: es el más frecuente caso de consulta.
- 3) DESARROLLO PREMATURO FEMENINO DE MAMAS es benigno y no exige tratamiento especial.
- 4) OBESIDAD por factores dietéticos o constitucionales son los casos más frecuentes; causa endócrina que la explique, infrecuente; Metabolismo basal, no aclara ni define el diagnóstico. El Cushing, la lesión hipotalámica, siguen en frecuencia.
- 5) PRECOCIDAD SEXUAL sin actual tratamiento.
- 6) PUBERTAD PRECOZ Benigna en algunos casos. Estudiar excreción de 17 cetoesteroides cuidadosamente y vigilar la aparición de virilismo.

La Experiencia Colombiana en la Erradicación de un Vicio (1)

Por el Prof. Dr. Jorge Bejarano
(Bogotá - Colombia)

Al iniciar esta exposición sobre la experiencia colombiana en la extirpación del vicio de la chicha —la bebida aborigen— invoco el preámbulo de la Carta Magna de las Naciones Unidas, cuando al firmarla los representantes de las sesenta y dos naciones que la suscribieron, convinieron en precederla de esta declaración: “Nosotros los pueblos libres”. El invoco esta cita porque de manera igual, Perú y Colombia pueden decir: nosotras dos Naciones libres de América, nos damos cita en la ciudad Virreynal de Lima, para ver de luchar contra el común flagelo del alcoholismo que perturba la salud mental de nuestros pueblos y los mantiene en condiciones de escaso rendimiento económico.

El problema del alcoholismo, no puede circunscribirse a solamente nuestras dos naciones. El tiene proporciones universales y contemporáneo del hombre, hemos de reconocer que sería imposible desarraigarlo con leyes o medidas prohibitivas que nos llevarían a desastres mayores, como el que vivieron los Estados Unidos con la “ley seca”, que produjo el consumo de alcoholes de madera y la organización del “gansterismo”, que se hizo mundial en sus procedimientos. Menos podemos aspirar a verlo desaparecer de nuestras costumbres sociales, si ahora tenemos la taberna dentro del hogar, si la visita de un solo amigo es recibida con el consumo de algunas copas, las que hacen que la fiesta tenga mayor éxito social, según hayamos emborrachado a nuestros huéspedes. Todo esto es el diario espectáculo del niño o de la niña, de suerte que la cultura actual —si es que sobre el alcohol puede edificarse una cultura— gira toda ella sobre el consumo de alcohol, en la convivencia con él y en su aclimatamiento en el hogar. Por esta circunstancia, el alcohol no limita sus estragos a las clases campesinas y obrera. Ha invadido la llamada clase “alta” o “elite” social en la que es fácil comparar la vida patriarcal de hace medio siglo y la turbulenta de nuestros días en que la mujer se ha incorporado al hábito del juego y del alcohol, de

(1) Conferencia dictada por el Prof. Dr. Bejarano en la Conferencia sobre Alcoholismo, que tuvo lugar en Lima.

donde es fácil coleccionar las tremendas secuelas que va trayendo en el hogar.

Además no debe escapársenos, a nosotros cruzados de esta noble causa, que somos débil leño en este océano de intrigas y de grandes intereses que acorazan la industria del alcohol. "Mientras que nosotros", escribe el Dr. Ivanesevich, "disponemos de pequeños tipos de imprenta, de muy ocultos espacios para combatirlo, el vicio dispone de medios llamativos para su propaganda", diferencia que no debe abatirnos pero que debemos aceptar.

Esta conferencia es un significativo augurio de la ruta que va a seguir el Perú, pues además de que ayer, al inaugurarla, el Sr. Ministro de Salud Pública, Dr. Moreno Sánchez, hacía la declaración de que el gobierno tenía el propósito de adoptar medidas para restringir el consumo y garantizar la mejor calidad de los alcoholes, esta reunión precede a la Conferencia de Higiene Mental que ha de reunirse aquí también, en Lima y en la cual, claro está, su ilustre Presidente, informará del resultado de ésta y de las resoluciones que se adopten. Era ya tiempo de que la Liga Internacional de Higiene Mental, fundada hace diez años en Londres, nos hiciera sede de alguna de sus asambleas porque en verdad nuestros pueblos ven desaparecer enfermedades infecciosas o parasitarias pero siguen víctimas del alcohol, explotado por el Estado que ha hecho de él una de sus principales rentas. Queda ahora a organismos como esa Liga, a la Organización Mundial de la Salud y a la Oficina Sanitaria Panamericana, derivar su atención hacia este magno problema y convencer a nuestros gobiernos del abismo a que caminan estos pueblos de seguir extendiéndose el flagelo del alcoholismo.

El problema colombiano del consumo de las bebidas fermentadas denominadas "chicha" y "guarapo", estaba principalmente localizado a dos de sus departamentos que por el origen de sus poblaciones y sus condiciones climáticas, lo mantuvieron hasta nuestros días. En efecto, Cundinamarca y Boyacá, con población mayor de 2 millones entre los dos, conservaban costumbres alimentarias y de indumentarias algo similares a las de sus antepasados. La chicha se conoció y usó en grande escala entre los Chibchas, nombre de las tribus que habitaron el altiplano y de donde se cree derivó su nombre la bebida para la cual suprimieron la consonante "b", quedando pues, el nombre "Chicha".

Ella era una bebida derivada del maíz, el cual, después de haber sido masticado por todos los miembros de la familia o personas que entraban en su preparación, era conservado en agua en ollas de barro hasta que entraba en fermentación. La operación de mascar el maíz, era el medio de que se valían para acelerar la fermentación del grano, pues como se sabe con la saliva, le

daban el fermento ptialina que ella posee, lo que facilitaba la fermentación del gluteu o almidón. Este sistema fué totalmente modificado desde la Colonia, suprimiéndose la operación de masticar el maíz, el cual, molido y humedecido sufría en sucesivos barriles donde se le cambiaba, una serie de fermentaciones progresivas que eran bien características por su olor y el calor que se producía. En los primeros, el olor era alcohólico; en los intermedios o segundos, el olor era ya acético y finalmente, pútrido en los últimos. Dice o indicaba esto, que la prolongada fermentación y la contaminación que sufría la bebida, conservada sin higiene ni preservación alguna, hacía de la chicha una bebida en la que el alcohol se descomponía por larga fermentación y la putrefacción provenía de la alteración del gluten del maíz.

Las manifestaciones patológicas desencadenadas en los bebedores de chicha, fueron bien estudiadas y descritas por clínicos colombianos y ellas correspondían a los productos o calidad química de la bebida. Esos signos iban desde acentuadas manifestaciones nerviosas como el síndrome de Korsakoff, hasta el cuadro pelagroso. Todos recordamos el retroceso mental que se producía en los bebedores de chicha. El muchacho que iniciaba la costumbre a los 18 años provisto de viveza, inteligencia e imaginación, aparecía a los pocos años transformado en otro individuo lerdo, de difícil comprensión y cuyo desaseo y abandono eran característicos. Daría lugar no a una, sino a varias conferencias, el rico tema de la inmensa gama del cuadro clínico del chichismo, nombre con que se conoció en las salas del hospital y frenocomios, el conjunto sintomático de la intoxicación.

El mito de que la chicha era un alimento —como lo es el de la coca— había hecho una fortaleza en la cual se ejercía toda la influencia para que la fabricación llegara, con el correr de los siglos, a ganar en posición. De las gentes humildes que hasta años antes la fabricaban —oficio y negocio que se consideraba humillante— pasó con el correr del tiempo, a ser industria de rendimientos halagadores y a ella estaban ligados hombres de negocio y hasta comunidades.

Pero el mito y tradición de que era un alimento, quedó destruído con el experimento realizado en el Instituto de Nutrición donde sometimos tres lotes de ratones blancos a tres clases de alimentación. Un lote recibió chicha y agua, otro solamente agua y el tercero maíz y panela, dos de los componentes de la chicha.

Los ratones que recibieron chicha y agua crecieron poco, no ganaron peso porque comían poco, estaban inactivos y erizados; el pelo se cayó a trechos y algunos fueron devorados por sus compañeros que se mostraron irascibles desde el segundo día de recibir ese alimento. El segundo lote de animales, que recibió

sólo agua, aumentó la masa de su organismo en una proporción de 8,9 y ni su carácter ni pelaje se modificó. El tercer lote ganó peso y estatura en forma manifiesta.

Lo que aparentemente contribuía a la creencia de que la chicha fuese alimento, era que a su ingestión sucedía una marcada inapetencia, que falsamente se atribuía a acción nutritiva de la bebida, lo que en realidad era el resultado de sedimentos y alcoholes que determinaban este efecto y hacían peor la calidad de la bebida. Conjuntamente con la disminución del apetito, se observaba la de la sed. Ni alimentos ni agua solían tomar los bebedores de chicha durante todo el tiempo en que la tomaban o después.

El experimento en los animales contenía dos conclusiones de la mayor importancia que es necesario subrayar: 1º que el agua era elemento más alimenticio que la chicha y 2º que al igual que en el hombre, la bebida expresó su acción sobre el sistema nervioso de los ratones con síntomas análogos a los producidos en aquel: cólera o predisposición a la riña y pérdida del apetito.

Igualmente, el Instituto de Nutrición demostró que el obrero o campesino recibía más vitaminas, calorías y otros elementos con las cantidades de maíz y de panela requeridas para preparar un litro de chicha, tomándolos separadamente. Con estas dos demostraciones quedó en el suelo el mito legendario de que la chicha era un alimento, mito que no pocos médicos habían ayudado a sostener.

Lo que había en el fondo de todo esto, era el interés ligado a una industria nefasta para los obreros y campesinos. No se nos olvide que los hombres para dominar la economía de un pueblo o la de los mismos nacionales, echan mano de vicios como el alcohol o los narcóticos, opio, coca etc., para mantener salarios baratos y jornadas de trabajo agotadoras.

La chicha fué bebida de uso sacerdotal y ritual entre los indígenas. Rápidamente se difundió a la llegada de los españoles, quienes se encargaron de popularizarla para dominar, más fácilmente, la resistencia, economía y trabajo del indio. Todavía en nuestros días subsistía en algunas regiones de Colombia, el pago del salario dando en especies como chicha, guarapo o coca, una parte de él. Pero como la economía de un país, es indivisible, al rebajar la del trabajador u obrero por la acción de drogas o bebidas nocivas, se reduce automáticamente, la de la nación, porque el operario rinde menos trabajo, es decir menos riqueza bajo su influencia.

La economía y pobreza de los pueblos de América ha sido calculada sobre la escasa producción resultado de endemias como el parasitismo intestinal, el paludismo, el pian etc., pero jamás

esos cálculos se han basado en lo que a ellos cuestan el alcohol y sus consecuencias. Un poco más de 600 millones de pesos se ha bebido el pueblo colombiano en los años de 1955 y 1956. Si a esto añadimos cárceles, hospitalizaciones, invalidez, accidentes de trabajo, como consecuencia de las borracheras de sábados a lunes o las de festividades como Semana Santa, Navidad y otras, podremos fácilmente llegar a un total de mil millones para esos dos años. Son estas las cuentas o cálculos que nunca hacen nuestros gobiernos seducidos por las aparentes rentas que provienen del vicio. Menos hacen estas referencias y anotaciones las muchas misiones económicas o financieras que suelen contratarse para hacer estudios sobre el desarrollo económico de nuestros países. El análisis del valor del hombre, de lo que representan en la economía de un pueblo su salud física y mental, pocas veces son tenidos en cuenta. Los médicos, la prensa política claman diariamente sobre los problemas de la salud. Necesitamos que los extraños nos lo repitan para merecer atención.

La lucha contra la chicha venía de siglos atrás. Oidores y virreyes daban cuenta con frecuencia a la Corona, de los efectos alarmantes y propagación del vicio de la chicha entre los indígenas. Así por ejemplo, Dn. Dionisio Pérez Manrique de Lara, Oidor de Lima y Capitán General de la Tierra Firme, hoy república de Colombia, dictó entre muchas otras medidas, un célebre auto en 1658, que prohibió fabricar, vender y tomar chicha bajo pena de multas y de azotes. Los sucesores del mencionado Oidor no se preocuparon de seguir dando cumplimiento a la medida hasta que desapareció, volviendo el consumo de la bebida en mayor escala que antes.

Un siglo más tarde, a petición del Arzobispo Pedro Felipe de Azúa, el Rey Fernando VI, dictó una real cédula en la que autorizaba a virreyes y oidores para tomar medidas contra el pulque en México y la chicha en el Nuevo Reino de Granada. Por breve tiempo se ordenó lo dispuesto por el rey pero como ocurrió con la primera medida, poco a poco las autoridades fueron desentendiéndose de hacerlo cumplir.

Desde la colonia hasta 1820, no vuelve a saberse de ninguna otra cosa que procurara acabar con el vicio de la chicha, año en que el Libertador Simón Bolívar dirige desde Sogamoso en Boyacá, una memorable carta al General Santander y dicta, como Presidente de la República y General en Jefe del Ejército Libertador, un decreto que encuentro pertinente leer, junto con el oficio dirigido al Vicepresidente General Santander.

Decían así: "Estoy asombrado de lo que ha ocurrido en esta población: en menos de cuatro días hemos perdido de la División Valdés más de cincuenta hombres. Ya más de cien han ido al hospital, de los cuales se aumenta diariamente el número de

muertos. Tanto por los síntomas de los que mueren, como por el resultado de las diligencias que se han practicado, y denuncias de algunos españoles y otros individuos del ejército, casi estoy convencido de que este vecindario puso en ejecución el inicuo procedimiento de envenenar nuestras tropas con chicha, pero afortunadamente no las hemos perdido todas.

Simón Bolívar”.

(Oficio de 20 de marzo de 1820 dirigido por Bolívar al Vicepresidente Santander, desde la población de Sogamoso).

“SIMON BOLIVAR

“Presidente de la República, General en Jefe del Ejército Libertador, etc.

„Estando convenido de que una parte de la Provincia de Sogamoso concibió y puso en ejecución el inicuo y detestable proyecto de envenenar la División Valdés, que estaba acantonada en aquel lugar, por medio de las chichas y deseando tomar una providencia que a medida que sirva de castigo para todos aquellos que no hubieren sido descubiertos, perpetúe la memoria de hecho tan atroz, he venido en decretar lo siguiente:

“1º — Se prohíbe desde ahora para siempre que en Sogamoso haya chicherías públicas.

2º — Todas las personas que estuviesen alistadas o con permiso para vender chicha en sus casas, cesarán desde la publicación de este decreto.

3º — Ningún mérito, ni circunstancia extraordinaria será motivo para que se haga excepción en favor de persona alguna, pues es la voluntad del Gobierno que nunca más se expendan chichas al público de Sogamoso. Los particulares podrán hacer en sus casas la que necesiten para su gasto.

4º — El infractor de este decreto incurrirá en la pena de confiscación de bienes y expatriación.

5º — Se comete al comandante militar de Sogamoso el cumplimiento de este decreto. Publíquese por bando y regístrese en el archivo de los alcaldes del referido pueblo.

Dado en el Cuartel General de Santa Rosa, firmado de mi mano, sellado con sello provisional de la República, a 31 de marzo de 1820.

Bogotá, abril 4 de 1820.

“Comuníquese al Gobernador Comandante de la Provincia de Tunja para su publicación y más exacto cumplimiento.

Bolívar”.

"Por posta. Con copia de los superiores Acuerdo y Decreto se comunicó en el día, con oficio al Gobernador de Tunja."

(Rúbrica de Santander)".

De la época de Bolívar a 1949, año desde el cual rige la ley que presenté al Congreso de 1948 y que dió por resultado la desaparición de la chicha y el guarapo, sólo en la ciudad de Bogotá, se habían dictado algunos acuerdos municipales que limitaron el perímetro de las chicherías o ventas de la bebida y algún otro que hacía más de treinta años había logrado hacer aprobar del cabildo de Bogotá, del cual he sido miembro muchas veces y que limitaba la venta de chicha en determinadas horas de la semana y la prohibía los sábados a partir de las 8 de la noche hasta el lunes a las 6 de la mañana. Este acuerdo duró en vigencia sólo un mes, pues fué acusado de ilegal por abogados pagados por la industria chichera. Todavía no puedo explicarme cómo un tribunal pudo hallar más valederos los argumentos de supuesta limitación a la industria cuando la salud del pueblo tiene y debe valer más que cualquiera otra cosa o industria. Pero así anda en nuestros países el concepto de higiene social y de defensa de la salud mental del hombre.

La ley que operó en Colombia y que dispuso la fabricación de la bebida en condiciones análogas a las que rigen para la cerveza, se cumplió debido a que personalmente me dediqué a visitar todas las regiones donde se consumía chicha y guarapo. En favor de su cumplimiento, movilicé en cada ciudad y aldea, el alcalde y el cura párroco, los dos figuras centrales de la comunidad de nuestros pueblos. En las campañas higiénico-sociales, hay que echar mano del clero, que por la fuerza espiritual que él representa en nuestros pueblos, tiene poder incontrastable. Así, con la ayuda de ellos dos, se clausuraban la fábrica y expendios de cada localidad. Todavía se pregunta en Colombia cómo pudo culminar pacíficamente la campaña contra un vicio secular, profundamente arraigado a las costumbres de inmensos gentíos, que creían tener en la chicha una fuente de alimentación.

Mi personal conclusión es la de que el pueblo es susceptible de educarse y rehabilitarse como lo es el hombre, si a esa educación concurren el Estado y la clase dirigente. Es susceptible, como el niño de educársele, si le damos principios normativos. Pienso que cada nación es a manera de una gran familia en la que el padre, que lo es el Estado, debe educarla y vigilar su conducta. La experiencia de Colombia en este campo, me arraiga más en el convencimiento de que los pueblos son lo que quieren que sean sus hombres de gobierno. El pueblo colombiano no sólo no protestó porque se le retirara del consumo una bebida nociva, sino que dócilmente la respetó y colaboró a su cumplimiento porque como lo expresaban muchos obreros y campesinos, su agradeci-

miento era profundo por el bien que se les había hecho. En cambio, muchos políticos no miraron bien la ley porque todavía en algunos países de América, el alcohol ese elemento que se utiliza en las elecciones a fin de conducir a los electores en estado mental que no se les permita darse cuenta de la calidad de los candidatos por quienes deben votar. Eso sucedió con la chicha y tengo la esperanza de que con su desaparición, desaparezca igualmente una incalificable costumbre que pervertía y desfiguraba la más noble función y derecho de la vida ciudadana.

La supresión del vicio de la chicha y del guarapo, adquiere hoy consecuencias nacionales y humanas de alto significado cuando en uno de los departamentos afectado por ellas, —el de Boyacá— se inició desde 1950, una grande industria siderúrgica, que significará nuestra liberación económica, la cual requiere un elemento humano que no estuviese obnubilado, embrutecido por la bebida de terribles efectos sobre la inteligencia de los obreros. Esa recuperación es hoy demostrable en los que diariamente bebían chicha y la ley tendrá indudablemente consecuencias todavía más benéficas sobre las nuevas generaciones que estarán libres de la influencia de aquel factor tan nocivo. Las campañas higiénico-sociales, no dan dividendos de bienestar sino con el transcurso de una o dos generaciones, que es lo que en verdad debemos perseguir con ellas.

Otra gran consecuencia de la supresión de la chicha, fué la impresionante disminución de la criminalidad. Los sábados, domingos, días feriados y civiles, estaban marcados por la más alta criminalidad producida por la acción de la chicha y del guarapo. En las salas de urgencia de los hospitales, como en las inspecciones de policía, se registraba cada vez más aterradora la curva de la criminalidad. La pésima calidad de sus alcoholes, así como el alto contenido en furfurool, explicaba de sobra su acción electiva sobre el cerebro y la explosión de instintos y pasiones primitivos. Ha repercutido igualmente en la indumentaria o vestido, de hombres y mujeres, en su alimentación y nutrición, en el comercio creciente de víveres y comestibles porque el salario no está ya comprometido desde el principio de la semana por el anticipo de una parte, cosa entonces de común ocurrencia entre los campesinos.

No voy a sacar la consecuencia de que la supresión de la chicha y el guarapo, ha traído la sobriedad y la temperancia de los habitantes que estaban habituados a esas dos bebidas.

El consumo de cerveza y bebidas destiladas, más la primera, ha crecido en cifras enormes. Pero es principio sanitario, procurar la sustitución de bebidas malas y nocivas por otras que lo sean en menor grado. Desde ese punto de vista, nadie podrá negar que la cerveza reúne condiciones, como su bajo contenido alco-

hólico, su composición en la que entran el lúpulo y la levadura, su elaboración higiénica y técnica, que la hacen recomendar como sustituto del aguardiente, del ron y de tantas otras bebidas altamente nocivas para nuestras gentes. Tiene además una ventaja apreciable en los pueblos sajón y germano y es que la cerveza incita a ingerir alimentos, lo que constituye una defensa para el hígado y sus efectos son alegres y comunicativos. Pienso, también, que a la costumbre de beber, hay que darle cierta dignidad y elevación, así como al ambiente de la taberna de suyo tan bajo y propicio al delito, como ocurre en nuestros expendios de licor.

Abrigo la confianza de que el actual gobierno del Perú, cuyo vocero, el Sr. Ministro de Salud Pública, expresó ayer el propósito de tomar medidas contra el alcoholismo, adopte las conclusiones y recomendaciones de esta Conferencia, por cuya iniciativa debo felicitar al Dr. Baltazar Caravedo y a sus compañeros de organización. Luchar contra el alcoholismo y el problema de la prostitución, debe ser uno de los objetivos de la higiene social de nuestros días. Desaparecida la amenaza de muchas enfermedades epidémicas y endémicas, sólo debemos ahora prepararnos para la lucha contra esos dos disolventes de la vida familiar y del hogar. Mantener la vigencia de los principios morales y la defensa de la salud mental; promover aquéllos, es asegurar en el tiempo y en el espacio la perennidad de nuestras patrias cuyo destino histórico se confunde en el anhelo, de colombianos y peruanos, de procurar inagotable bienestar a nuestras buenas gentes.

Mil gracias señoras y señores por vuestra concurrencia y atención a esta exposición, y gratitud también y muy honda, al ilustre psiquiatra Dr. Caravedo, por el señalado honor que ha dispensado a mi patria y a mí, invitándome a tomar parte en esta conferencia tan promisoría de grandes esperanzas.

Escuela de Educadores Especializados para la Infancia Inadaptada

Por el Dr. Luis M. Petrillo
(Montevideo - Uruguay)

El grave problema social de la infancia inadaptada tiene en la actualidad un carácter universal. Los países civilizados tratan, por el perfeccionamiento de sus métodos pedagógicos y por la creación de nuevas técnicas e instituciones de educación, de reducir las cifras crecientes de inadaptados, así como se esfuerzan en reacondicionar al medio social a todos aquellos que no se ajustan a las normas regulares de vida en las comunidades humanas.

El problema de la infancia inadaptada, como lo sostuvieron el profesor R. Lafón y L. Christians en el Congreso Internacional de Medicina Legal y Medicina Social de Bruxelles y Liege (1), en 1947, es un capítulo importante de la Seguridad Social. Por consiguiente todos los poderes públicos o la mayor parte de los mismos, están interesados y obligados a aportar su concurso para lograr las mejores soluciones.

La Universidad no puede sustraerse y quedar al margen de las fuerzas vivas que intervienen en ese aspecto de la Seguridad Social. Todas las causas que gravitan en la infancia inadaptada comprometen no sólo la salud moral del niño, del adolescente, del joven y de la familia, sino que afectan gravemente el equilibrio y la estabilidad de todas las estructuras sociales, y si es cierto que la Universidad debe, además de cumplir con sus funciones específicas, formar hombres, modelar personalidades, también debe participar en la lucha contra la inadaptación social que amenaza la salud mental de la población. El primer paso en este sentido ya ha sido marcado con la creación de la Escuela de Servicio Social, ya que los trabajadores o asistentes sociales forman una parte insustituible del equipo psicopedagógico médico-social que según Lafón (1) y los especialistas que en Francia se dedican al problema de la infancia inadaptada, debe intervenir en la re-educación de los inadaptados, como conjunto técnico altamente especializado.

(1) *Acta Medicinae legalis et socialis*, VII. VIII. 1948. vol. I. Nros. 3.4 pág. 789—816.

(1) R. Lafón *Psychopédagogie Médico-sociale*. P. V. F. 1951.

La segunda etapa de la Universidad, en ese camino hacia la psicopedagogía médico-social, sería la creación de un centro para la preparación de educadores especializados integrantes insustituibles del equipo premencionado.

La formación de tales educadores en Francia es una conquista de estos últimos tiempos y nos vemos obligados a historiar en forma sumaria sus orígenes y sus necesidades; su importancia y sus funciones, su desarrollo y el estado actual de los organismos que los preparan.

I. — ORIGEN Y NECESIDADES

El director del Centro de Formación de Educadores Especializados de la Asociación Regional de París para la "Sauvegarde de l'Enfance et l'Adolescence" en peligro moral, Mr. Pinaud (2) recuerda que antes, y aún todavía en algunos países, fuera de las horas de clase o de taller, los menores en reeducación eran confiados durante mucho tiempo, años a veces, a guardianes sin ninguna preparación, bautizados con diversos nombres: monitores, vigilantes, adjuntos de disciplina, celadores, etc.

Para estos pseudoeducadores la técnica de la reeducación se reducía a una disciplina mecanizada, rígida e invariable; regla del silencio, repetición estereotipada de los mismos movimientos para formar filas, para marchar, para saludar, etc. Se admitía entonces que la reeducación era un asunto de puño y severidad y no era permitido apartarse de las normas tradicionales y corrientes. A los actos mecánicos mencionados se añadía la prohibición absoluta de contactos personales e intercambio de palabras de los alumnos entre sí.

Un conformismo exterior daba la falsa impresión de orden y disciplina concretos, cuando, en realidad, sólo se trataba de una sumisa y temerosa resignación. Las revueltas colectivas, las fugas, los suicidios a veces, como expresión de odios y rebeldías, amargamente reprimidas en silencio, frente a un régimen de inusitada dureza y terribles represiones, eran una rotunda demostración del fracaso de tales pretendidos métodos reeducativos.

Las autoridades públicas y privadas dedicadas a proteger la infancia inadaptada y en peligro moral reaccionaron frente a los brutales tratamientos represivos de los inadaptados en falta social. Por otra parte los conocimientos cada vez más amplios y profundos de la psicogénesis, de la psicología infantil, de la psicología experimental, de la psicología médico-social y de la evolución del niño mismo, habían promovido nuevas orientaciones y

(2) Pinaud R. La formation des Educateurs d'Enfants Inadaptés en France, en "A Criança portuguesa" Año X. 1950. 51.

métodos para la prevención y el tratamiento de la inadaptación social, realizándose significativos progresos en el dominio público y privado en ambos sentidos.

Por lo que se refiere al tratamiento de los inadaptados de cualquier naturaleza, los métodos de reeducación, el equipamiento material de los servicios y la preparación, selección y especialización del personal sufrió notables transformaciones en Francia, país que tomamos como ejemplo, para tratar el problema que nos interesa. En particular el tratamiento de inadaptados en peligro moral, infractores o no de la ley, delincuentes precoces, experimentó cambios radicales en las diversas etapas de la obra asistencial; la detención y actuaciones policiales; la observación, estudio del infractor (en consulta abierta, en observación en medio abierto o en centros); el juzgamiento por nuevas jurisdicciones especializadas; la reeducación en sus diversas alternativas (institutos médico-pedagógicos, centros de reeducación, libertad vigilada, hogares de semi-libertad, hogares de post-cura) fueron organizados y orientados de acuerdo con nuevos conceptos pedagógicos cuyo sustratum esencial es que la educación y la reeducación deben sustituir los métodos de represión y castigo. Cambios sensibles se produjeron, entonces, en los organismos públicos y privados destinados a la protección de la infancia inadaptada y en peligro moral.

En el dominio público si bien la especialización para el tratamiento de menores infractores o en peligro moral, remonta al año 1914, fecha en que se instituyó en Francia el 1er. Tribunal para Niños, es evidente que el punto de partida para el actual régimen educativo en ese país, arranca de la ordenanza del 2 de febrero de 1945; y sus reformas posteriores, así como de la creación de la Dirección de la Educación vigilada por decreto del 19 de setiembre de 1945, en la órbita del Ministerio de Justicia.

Este organismo de Educación vigilada debía cumplir importantes cometidos: a) una obra preventiva contra el peligro moral por el Contralor y censura cinematográfica, de la prensa infantil y de adultos, así como de todo medio audiovisual de expresión, inconvenientes o peligrosos para la salud moral de niños y adolescentes; b) una obra asistencial de los menores a disposición judicial concretada en la siguiente forma: estudio de los problemas que afectan a los menores que pasan por los tribunales especializados; determinación del régimen y métodos de observación y educación aplicables en los servicios dependientes del Ministerio de Justicia y administración de los mismos; c) contralor de los servicios sociales para los tribunales y de las instituciones que protegen menores vagabundos y delincuentes; d) contralor de las medidas relativas a la libertad vigilada de los menores;

e) desde 1950 por intermedio de un Centro de Estudios y Formación prepara educadores especializados para los establecimientos de reeducación realiza estudios, propugna reuniones periódicas del personal técnico, incluidos los Jueces de Niños, realiza cursos de perfeccionamiento y toda otra actividad destinada a perfeccionar la calidad de sus servicios.

En el dominio privado la Unión Nacional de Asociaciones Regionales para la Salvaguardia de la Infancia y Adolescencia (U.N.A.R.S.E.A.) trató el problema en sus diversos congresos desde 1947 hasta la fecha. En el 4º Congreso de Dijon (1) se estudiaron: a) las necesidades fundamentales del niño en sus diversas edades desde el nacimiento a la mayoría de edad; b) las actuales posibilidades de la familia y de organismos sociales para satisfacer esas necesidades; c) en qué forma la legislación actual corresponde a las necesidades fundamentales de la infancia. Se recalcó en las conclusiones la importancia de la acción educativa recomendándose a los organismos permanentes de U.N.A.R.S.E.A. persistir en sus esfuerzos en ese aspecto educativo. En el mismo Congreso se señaló que la familia era el medio ideal para la educación y que en los casos, por cierto numerosos, en que la familia no ofrece garantías o no existe, los buenos educadores especializados podían suplirla.

El 5º Congreso de Rennes (2) fue dedicado a estudiar el equipamiento material de los servicios para la infancia inadaptada puntualizándose, al tratar los organismos especializados para inadaptados (centros para epilépticos, para lisiados, centros médico-psicológicos, hogares de semi-libertad, centros de reeducación, etc.), la significación, la importancia y características físicas, sanitarias, y de adaptación pedagógica de sus diversas dependencias en función de los alumnos y del equipo de técnicos especializados. La importancia y funciones del educador especializado, fue considerado en los informes como correspondía.

El 6º Congreso de Montpellier (3) complementó los estudios de los dos anteriores sobre las necesidades para la infancia inadaptada, tratándose en forma exhaustiva todo lo relativo al personal de los servicios especializados.

La formación, la calidad y el número de funcionarios administrativos y técnicos fue objeto de minuciosos informes y deliberaciones. Se precisaron las normas y las condiciones para la preparación especializada: a) en las funciones educativas (educadores, institutores, monitor de educación física, maestros de formación profesional); b) en las funciones médico-psicológicas (mé-

(1) 4º Congreso de l'U.N.A.R., Dijon. Octubre 1952; Rev. des As. Reg. Post. Enf. et Ad. I. II. 1953. 8º año.

(2) Congreso de l'U.N.A.R., Rennes. Octubre 1953; Rev. des As. Reg. Post. Enf. et Adol. I, II, III 1953. 9º año.

(3) 6º Congreso de l'U.N.A.R. Montpellier 19.

dico neuropsiquiatra, psicólogo, consejero de orientación profesional, asistente de psicoterapia, reeducadores de la psicomotricidad y del lenguaje); c) en las funciones sociales y médico-sociales (asistente social y enfermera). Finalmente se consideró cómo debían constituirse los equipos que ya hemos mencionado.

El análisis de esos equipos permite comprobar que el educador especializado tiene en su integración un papel insustituible e importante.

II — LA IMPORTANCIA Y EL DESARROLLO DE LAS FUNCIONES DEL EDUCADOR ESPECIALIZADO.

La necesidad y la importancia bien comprobadas de un personal especializado y entre ellos del educador especializado para los servicios de la infancia inadaptada había llevado ya al Profesor R. Lafón, catedrático de Neuropsiquiatría Infantil de Montpellier y Presidente de U.N.A.R.S.E.A, a propiciar la creación del Instituto Psicopedagógico Médico-Social que desde 1943 funciona en la Universidad de Montpellier. Los objetivos de la misma, según Lafón, son "los individuos, las familias y los grupos sociales". "Su objeto actual o presente es la prevención actual o presente es la prevención de las anomalías estructurales y de la conducta por la educación correcta y la organización adecuada de la higiene mental, teniendo como finalidad más inmediata la reeducación y la readaptación social de la infancia inadaptada así como la protección de los que se encuentran en peligro moral."

Los medios de acción de la psicopedagogía médico-social, tal como la concibe Lafón, están representados por los servicios y el personal especializado ya aludido.

Señala Lafón que el ejercicio de la psicopedagogía médico-social exige vocación, aptitudes, cultura, técnicas, cualidades y condiciones que en forma excepcional pueden encontrarse reunidas en determinadas personas.

Su experiencia frente al Instituto que dirige desde su fundación le ha demostrado la necesidad de preparar el personal por cursos regulares para la enseñanza de la psicopedagogía médico-social. Ese Instituto debe preparar no sólo los educadores (que son sólo uno de los factores, del equipo) sino también, todo el personal como lo demuestra el resultado satisfactorio obtenido en Montpellier en ese sentido.

Este personal especializado deberá formar equipos de fórmulas variadas para cada servicio y aún dentro del mismo son necesarias, a veces, fórmulas múltiples.

En cada equipo unos tienen una acción permanente y profunda sobre un grupo reducido de niños, como ocurre con los

educadores; otros, tienen funciones intermitentes y más breves sobre grupos más numerosos tales como el instructor, el monitor de educación física, el asistente social, el ayudante de psicoterapia, etc. En la constitución de los equipos el médico psicopsiquiatra, la asistente social, el educador, el institutor y el psicólogo, constituyen elementos básicos para el estudio, la orientación y el destino de los menores reeducados en los diversos servicios de la infancia inadaptada en Francia. En los dominios judiciales, el Juez de Niños, integra y preside las deliberaciones de síntesis sobre cada caso en un organismo, Centro de Orientación Educativa, para la observación y educación prejudicial en medio abierto.

De los integrantes del equipo premencionado los educadores son los que tienen un contacto más estrecho y prolongado con los menores y si bien a todos incumbe una parte en la educación, es el educador especializado quien tiene la responsabilidad de una acción educativa directa.

III — CUALIDADES Y FUNCIONES DEL EDUCADOR ESPECIALIZADO

Por lo que se relaciona con las cualidades para aspirar a educador especializado, Lafón los enumera en la forma siguiente:

Vocación, en primer término, como expresión de un amor consciente por esa profesión. Habrá que evitar en toda forma que se formen falsos educadores, por resignación, interés o por otros móviles subalternos.

A la vocación, condición primaria, deben sumarse:

Cualidades físicas: buena salud, resistencia, equilibrio físico, destreza.

Cualidades intelectuales: Aptitudes para aprender y comprender, reflexión, juicio, buen sentido, facilidad de adaptación a situaciones y actividades nuevas, posibilidad de mantenerse en buena forma intelectual.

Cualidades afectivas: El educador debe atraer afectuosamente al niño, sin olvidar que tarde o temprano deberá separarse del mismo evitando, así, que el niño se "pegue" a él. El niño debe tener confianza y simpatía por el educador y no sentirse a su lado en estado de inferioridad o dependencia.

Cualidades morales: voluntad, ausente en general de los inadaptados, el educador debe saber transfundirla y vencer las dificultades que se presenten, siempre numerosas. La tarea exige perseverancia, deseos de éxito, en fin, dice Lafón, las cualidades del educador son la de un Jefe.

Firmeza: El educador no debe ser ni condescendiente, ni im-

pulsivo, evitando las preferencias; interesándose por todos, tendrá que resolver las cuestiones de frente, en forma directa.

La iniciativa, la abnegación, el tacto, la dignidad en su aspecto y conducta, la prudencia, la bondad, su amor al trabajo, su habilidad, su espíritu de equipo, que le permita actuar en consonancia psicológica con el resto del personal, son otras tantas cualidades indispensables para el buen educador.

IV — LAS FUNCIONES DEL EDUCADOR. — GENERALIDADES

En el Congreso de Montpellier ya referido, se definieron y precisaron las características de este nuevo técnico de la educación especializada, en la siguiente forma: el educador especializado es quien se ocupa, fuera de las horas de clase o de taller, de la educación de niños o adolescentes inadaptados, reemplazando implícitamente a los padres ausentes.

Su tarea es diferente a la de los otros técnicos de la educación, aunque está estrechamente ligado a los mismos.

Además de las cualidades ya puntualizadas el educador debe tener una preparación psicológica y pedagógica especial y adquirir ciertas técnicas educativas que le permitan:

- 1º) ejercer sobre cada niño o adolescente, una acción educativa personal;
- 2º) ser un auxiliar privilegiado del psicólogo y del médico;
- 3º) ser un organizador sagaz para la vida de los menores aún en sus necesidades más simples, como levantarse, acostarse, alimentarse, el cuidado de las habitaciones y dependencias del grupo que integra el menor; la higiene corporal y de las ropas.

Por sus múltiples cometidos el educador especializado debe ser considerado como un verdadero trabajador psicosocial.

Se consideró que era también necesario relacionar con sus funciones diversas actividades de difícil definición como es la preparación de programas educativos (de arte dramático, de canto, de danza, de modelado, decoración, tejido; de deportes, de iniciación musical, etc.).

Están también dentro de la órbita de sus funciones educativas las entrevistas profesionales con los menores, la redacción de las fichas de conducta, acompañar a los menores para determinadas diligencias (judiciales, exámenes médicos) etc.

De acuerdo con la edad y con la naturaleza de la inadaptación y del medio, el educador debe ser capaz de utilizar técnicas para cada caso. Así se puede observar que la profesión permite múltiples orientaciones: educador especializado de internados, de hogares de semi-libertad, de observación en centros o en medio

abierto, para el medio familiar y escolar, como delegado de la libertad vigilada, etc.

La comisión, que estudió las funciones de los educadores especializados a considerar la importancia que dicho técnico tiene en el cuadro general de un establecimiento de inadaptados, estableció:

- a) Que se necesitan tres educadores para cada dos grupos de doce niños cada uno.
- b) Que cada cuatro grupos era indispensable otro educador como reemplazante eventual del director o de uno de los educadores ausentes y como medio de enlace entre la dirección y el personal, asegurando así la unidad de la obra educativa.
- c) Que para evitar entorpecimientos en los servicios y un personal improvisado, debe existir un octavo educador que sustituya a los encargados de grupos en sus licencias semanales y anuales.
- d) Que es indispensable un educador nocturno sobre todo para niños de poca edad que, más que los otros, necesitan por la noche de una presencia protectora. Sólo el educador puede asegurar esa afectuosa protección en ausencia de los padres. En los establecimientos de semi-libertad, como los hogares de adolescentes, se podrá admitir un simple celador para garantizar la protección física de los internados contra las necesidades y otras alternativas debidas a la imprudencia de los menores. Fuera de estos casos excepcionales los educadores son insustituibles durante la noche.

La profesión de educadores, ya se trate de organismos públicos o privados, de acuerdo con el voto emitido por la Comisión Consultora de la infancia delincuente y socialmente inadaptada de la Unión Internacional de Protección a la Infancia reunida en Amersfoort (Holanda) en marzo 28 — abril 2 de 1949, deberán regirse por el estatuto entonces aprobado donde se concretan tres puntos fundamentales relativos a: 1º a su situación y remuneración material; 2º) a las condiciones de su horario de trabajo, las finalidades para su perfeccionamiento; sus vacaciones anuales y las condiciones de confort; alojamiento satisfactorio si trabajan en internados; 3º) la reglamentación de los ascensos; disposiciones relativas a la edad jubilatoria y otras medidas. Se prevé el rápido desgaste del educador y la posibilidad de abandonar la profesión antes que la fatiga los vuelva inaptos para actuar con éxito.

Como se puede observar desde hace más de un decenio todos

los problemas del educador han sido estudiados ya por los especialistas de Francia, en particular, reconociendo para esa profesión una jerarquía equivalente a la de los otros trabajadores psicosociales.

Las funciones del educador: hechos concretos.

Hemos podido apreciar personalmente en 1955 las actividades de los educadores especializados en un centro para caracteriales. ("Le Cottage" en Vitry sur Seine) de la Asociación Regional de París para Salvaguardia de la Infancia y Adolescencia en peligro moral. El educador vive con su grupo de niños (unos 15) asistiendo a todos los actos de su vida desde que se levantan hasta que se acuestan, exceptuando las horas de clase. Enseña, corrige, educa, nunca reprime y menos, castiga. Las sanciones morales no existen, como no existen boxes, ni celdas, ni barrotes en las ventanas, como instrumentos de penitencia. El educador anota diariamente sus observaciones iniciales al levantarse el niño; terminadas cuando se acuestan de 7 y 30 a 21 y 30 horas. Todo se anota; cómo se levanta, si es o no perezoso, si es lento o rápido para vestirse; si le agrada o no bañarse, si es o no cuidadoso de la higiene corporal. El desayuno es otra fuente de su información y después la observación prosigue hasta la hora de las clases donde el institutor las complementa.

Después de las clases en el almuerzo y otras comidas, en la recreación, en los trabajos manuales, el educador sigue ejerciendo sus funciones, observa y educa, autorizando todos los hechos que permitan más tarde, llegar a un juicio bien concreto sobre la personalidad del niño con sus virtudes y sus defectos. Las observaciones y la obra educativa para cada grupo corresponde a dos educadores, quienes, al final de la jornada, cambian sus impresiones sobre cada niño. Al cabo de una semana con todos los datos aportados por la observación en los días transcurridos hacen una síntesis de las observaciones y discuten sobre la orientación y método que más convenga para la educación de cada inadaptado. Finalmente, en una reunión mensual, dirigida por el médico especializado del establecimiento y con la presencia del equipo completo: psicólogos, educadores, instructores o maestros, asistentes sociales, se estudia cada caso en sus múltiples aspectos, analizando los informes producidos por cada técnico contenidos en el legajo del menor. Se llega a precisiones sobre la personalidad completa del menor y el estudio y opinión de los educadores resulta muchas veces decisiva para el destino ulterior de los niños.

A través de estos antecedentes se puede apreciar la importancia que tiene la obra de los educadores especializados, verdaderos sustitutos de los padres y de la familia ausentes o incapaces para la educación de sus hijos.

V — ESTADO ACTUAL DE LA FORMACION DE EDUCADORES ESPECIALIZADOS EN FRANCIA.

La necesidad bien comprobada de tales técnicos de la educación obligó a las autoridades oficiales y privadas de Francia, a organizar cursos primero, y finalmente, verdaderas escuelas o centros para su adecuada preparación.

En el ámbito oficial la formación de educadores especializados corresponde al Ministerio de Justicia por intermedio de la Dirección de Educación Vigilada.

Desde 1950 funciona como dependencia de esa Dirección en la localidad de Vaucresson, próxima a Paris, un Centro de Formación y Estudios que entre otros cometidos tiene, el más importante, de la formación de educadores para los diversos establecimientos de reeducación de menores a disposición judicial.

Todos los puntos relativos a ese problema están contenidos en los siete capítulos separados de la carpeta que adjuntamos obtenidos por gentileza del ilustre Director de Vaucresson Mr. H. Michael.

Todavía no se han formado en ese Centro todos los educadores necesarios para satisfacer las exigencias reeducativas de los servicios de la Educación Vigilada. Los ya graduados siguen cada año cursos de perfeccionamiento y en reuniones periódicas tratan problemas educativos en relación con sus funciones. La VIIIª reunión realizada en 1955, en Vaucresson, congregó a 25 educadores para tratar el tema "La Pedagogía del Grupo en los Internados".

En la esfera privada, son sobre todo, las Asociaciones Regionales para Salvaguardia de la Infancia y Adolescencia que propulsaron la formación de educadores especializados.

En 1943 la Asociación Regional de Montpellier por intermedio de su presidente, Prof. R. Lafón propició la creación del Instituto de Psicopedagogía médico-social, al cual ya nos hemos referido, para la formación de trabajadores psicosociales: educadores, asistentes sociales, psicólogos y pueripsiquiatras, especializados en los problemas de la infancia inadaptada y que trabajan en equipo.

El profesor Lafón prefirió que fuera un Instituto el organismo de enseñanza que preparara los términos especializados del equipo, evitándose la creación de escuelas paralelas destinadas a cada una de las especialidades. En este Instituto habrá una formación común en la enseñanza teórica y en la práctica. El Ministerio de Educación Nacional aprobó su proyecto y en julio de 1946 se creó el Instituto de Psicopedagogía Médico-Social, como Instituto Universitario y en colaboración con la Asociación Regional de Salvaguardia de la Infancia en Montpellier. En su aspecto técnico y

científico el Instituto depende de las Facultades de Derecho, de Letras, de Medicina, y de Ciencias y tiene la colaboración de la A.R.S.E.A. para el financiamiento de sus medios técnicos y administrativos.

La A.R.S.E.A. de Lyon propició más o menos en la misma época la conjunción del Instituto de Psicopedagogía de la Facultad de Letras con su Escuela Práctica para formar los educadores de esa Asociación regional.

Por consiguiente existen en Francia dos centros de formación de educadores para la infancia inadaptada, uno en Montpellier y otro en Lyon, que funcionan como organismos universitarios.

Se suma a ellos la escuela de la Asociación Regional de Toulouse y el Centro de la Asociación Regional de París, que son independientes de la Universidad y que actúan como organismos autónomos regidos por las autoridades de las respectivas asociaciones regionales. Actualmente son seis los centros o escuelas de U.N.A.R.S.E.A. para la formación de educadores especializados.

A los centros mencionados se suma la Escuela de Educadores del Instituto Católico de París para la formación de educadores de los establecimientos religiosos de observación y reeducación para la infancia inadaptada de todo el territorio francés. La mayoría de dichos establecimientos están habilitados por las autoridades oficiales y reciben menores de distintas procedencias y, entre otras, de los Tribunales de Niños.

Los egresados de esas escuelas no satisfacen todavía por la escasez de su número, las exigencias crecientes de los 21 centros de observación y los 70 centros de reeducación de U.N.A.R.S.E.A. cuyas autoridades tratan, de acuerdo con sus recursos, de colmar esa deficiencia.

En el momento actual el educador especializado es tan necesario como el asistente social especializado cuya escasez planteó, hace unos años el mismo problema angustioso que ahora ofrece el déficit de educadores.

La significativa importancia del educador como técnico especializado para la infancia inadaptada, ha recibido una categórica demostración afirmativa en el 3er. Congreso (1) de la Asociación Internacional de educadores de jóvenes inadaptados (A.I.E.J.I.), organismo de reciente creación. Estuvieron representadas por 600 personas 35 naciones de cinco continentes para tratar los siguientes tres puntos fundamentales relativos a las funciones del educador especializado:

- a) naturaleza de la relación niño educador;

(1) 3er. Congreso de A.I.E.J.I. 5-9 VII. 1956. Rev. des As. Reg. E. et A. IX. X. pág. 639 y sigts.

- b) la dinámica de los grupos y el educador de jóvenes inadaptados;
- c) la colaboración entre los establecimientos de reeducación y las familias de los niños que se les confían.

La simple enumeración de los temas demuestra el papel importante que el educador desempeña en la reeducación y readaptación de los niños inadaptados. A la obra educativa que ejerce sobre el niño y sobre el grupo, se agrega su acción sobre los padres de los reeducados. Se reconoció en forma máxima por los congresistas que el educador puede y debe encauzar a la familia para que colabore con las instituciones para el mejoramiento moral del niño. En este aspecto educativo no se invadirán los fueros del asistente social especializado.

Se vislumbraron así, en el Congreso, nuevas perspectivas en el campo de acción de los educadores especializados, cuyas posibilidades serán múltiples en el futuro.

VI — FUNDAMENTOS PARA LA CREACION DE UN CENTRO O ESCUELA PARA LA FORMACION DE EDUCADORES ESPECIALIZADOS EN EL URUGUAY.

Desde hace medio siglo las autoridades de enseñanza primaria primero y más tarde el Consejo del Niño y otras autoridades públicas y privadas se preocupan por la asistencia, en todos los aspectos, de la infancia, la adolescencia y la juventud inadaptadas.

La obra de las autoridades de enseñanza ha sido muy encomiable y la protección de los inadaptados o anormales de toda naturaleza, en edad escolar, es satisfactoria en la forma que se cumple, aunque sea muy insuficiente la obra para atender a todos los que necesitan una enseñanza o educación especial.

En efecto, valores estadísticos de hace 25 años y otros recientes permiten estimar entre 1.5 a 2 % la proporción de insuficientes mentales en edad escolar. No están comprendidos en esos valores los deficientes somáticos, motrices, sensoriales, del carácter y de la conducta y los inadaptados que por múltiples factores, individuales, familiares o sociales no se ajustan al medio normal de vida y están amenazados por la grave alternativa de la inadaptación social primero y la perpetración de delitos más o menos graves después.

Todos los servicios especializados ahora existentes por su pobreza en equipamiento material y por la escasez o inexistencia del personal especializado necesario, están muy lejos de satisfacer las exigencias educativas imperiosas de una población de millares de inadaptados totalmente desprotegidos. La salud mental y moral de nuestra población, está, por tanto, seriamente comprometida.

La creación de un cuerpo de educadores especializados con las funciones que hemos ya puntualizado, permitiría subsanar la deficiencia del actual personal que cumple simples tareas de vigilancia en los organismos de protección existentes, donde no pueden participar en la obra educativa general por falta de preparación.

La necesidad actual de educadores especializados es una realidad tangible ya que son varios los centenares de niños que por deficiencias somáticas, motrices, sensoriales, caracteriales o mentales son atendidos por la escuela pública o privada, para las cuales ese profesional es tan necesario como los otros trabajadores psicosociales: maestros, psicólogos, médicos, asistentes sociales.

En el sector de los inadaptados ya sea por abandono material y moral y para aquellos que cometieron actos antisociales o infracciones más o menos graves y se encuentran asistidos por el Consejo del Niño, la situación es más grave aún por cuanto el educador debe ejercer sus funciones por largos períodos frente a menores sin familia o procedentes de familias disociadas e inaptas para educarlos debidamente.

La ausencia de educadores especializados en ese organismo público y en las instituciones privadas que le prestan su colaboración para la reeducación de menores, dificulta en forma categórica, una obra educativa más eficiente y expone a las serias alternativas conocidas.

Por imperio de las exigencias actuales, no menos de 100 educadores especializados son necesarios solamente para el Consejo del Niño, y por las perspectivas de progreso de nuestras instituciones asistenciales para inadaptados debe considerarse imposter-gable la creación del centro o escuela para la preparación de esos profesionales.

Por los antecedentes ya puntualizados y por su orientación actual ese nuevo órgano de enseñanza debería ser creado en el ámbito de la Universidad de la República.

Nuestro Instituto

El esquema adjunto muestra la organización actual del INSTITUTO de acuerdo con el nuevo Estatuto, sancionado en la XXXVIII reunión del Consejo Directivo realizada en Lima, en julio-agosto 1957. Como se recordará en el BOLETIN Nº 121, de junio de 1957, (pág. 169) se presentó un comentario acompañado de dos esquemas. El primero de ellos (pág. 170) presentaba la distribución de las dependencias vigentes en esa fecha, el otro (pág. 171) una distribución proyectada.

En la reunión de Lima se dejó definitivamente concretado el esquema funcional a que se ajustan las actividades del INSTITUTO. Este esquema es adecuado tanto a las clásicas y normales actividades del INSTITUTO, que desde luego siguen siendo las mismas, como a una mayor y más efectiva racionalización de las diferentes ramas en que se distribuyen los servicios que presta.

Como se ve en el gráfico, dependiendo de la autoridad máxima del INSTITUTO, que es el Consejo Directivo, aparecen, por una parte, el Congreso Panamericano del Niño y por otra, la Oficina, órgano permanente del INSTITUTO.

Bajo la Dirección General operan las distintas ramas que canalizan cinco vías dependientes de ella. Son: la "Secretaría", el "Departamento Técnico", el "Departamento de Estadística", la "Administración y Finanzas" y la "Biblioteca y Publicaciones".

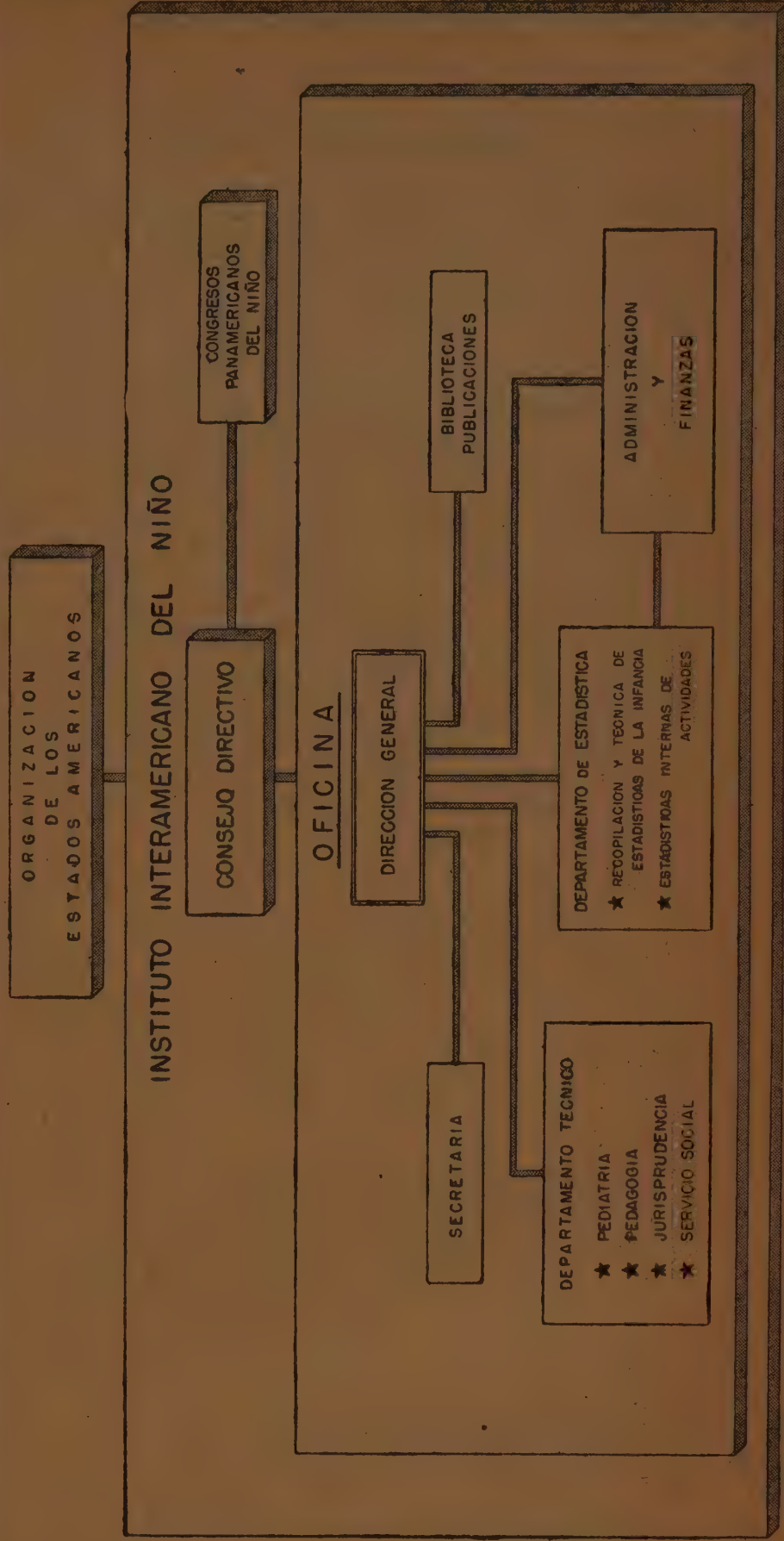
El esquema es suficientemente claro para que el lector se forme una noción exacta de la ordenación asignada dentro de la cual merece destacarse la segregación de la Secretaría de la Administración y el desdoblamiento de Cooperación Técnica, en un Departamento Técnico y otro de Estadística.

Se espera que esta nueva ordenación se traduzca en una mayor eficiencia de las actividades del INSTITUTO.

INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO

DISTRIBUCION ESQUEMATICA DE SUS DEPENDENCIAS

DE ACUERDO A LO RESUELTO EN LA XXXVIII SESION DEL CONSEJO DIRECTIVO (JULIO DE 1957)



Conferencias y Congresos

SEMINARIO DE ENSEÑANZA DEL SERVICIO SOCIAL LATINO AMERICANO

Montevideo, Uruguay. 20 de julio — 2 de agosto de 1957

A continuación por considerarlo de interés para nuestros lectores publicamos la ponencia presentada al mismo por la Sra. Delia Geribon de Mendizabal, Directora de la Escuela 17 Urbana, La Sierra del departamento de Maldonado del Uruguay.

Opertunidad de práctica profesional para las asistentes sociales en las actividades de bienestar social, proyectadas por la escuela pública en la comunidad rural.

Hemos creído útil y de provecho, presentar a la Comisión Organizadora del Seminario de Escuelas de Servicio Social de América Latina, como contribución al Temario, una exposición suscita acerca de la experiencia obtenida por la Escuela Urbana Nº 17 de La Sierra, estimando que ella está en estrecha relación con las actividades del Asistente Social en el medio Rural.

La Escuela está ubicada a la altura del Kmt. 89 de la Ruta 9; su zona de influencia abarca una población de 1500 habitantes; en ella tiene su asiento el Ingenio Azucarero de Remolacheras y Azucareras del Uruguay (RAUSA).

El núcleo humano formado alrededor del centro de Trabajo es muy heterogéneo dada la diversidad de actividades desarrolladas y distintos grados de cultura de sus integrantes: Agricultores, Obreros, Peones Rurales, Técnicos y Profesionales.

Al iniciarse nuestra experiencia en 1946, la Escuela contaba con 130 alumnos, distribuidos en cuatro clases atendidos por tres maestros. La asistencia diaria estaba reducida en un 40 % a causa del trabajo que realizaban los niños, ayudando a sus padres los hijos del medianero y otros que trabajaban en cuadrillas en los cultivos de remolacha, percibiendo un jornal adecuado.

El primer paso consistió en una jira por todos los hogares de la zona, aún los más distantes, con el objeto de adquirir una noción clara del medio ambiente que orientaría el planteamiento de las futuras actividades de la Escuela, como Institución Social al Servicio de la Comunidad, con radiaciones hacia intereses comunes pero parcelados por edades:

a) Al niño como elemento más débil del medio a quién había que proteger y ayudar.

b) Al joven considerado elemento de enlace entre la futura organización comunal y la acción cultural con grandes posibilidades.

c) El adulto hombres y mujeres responsables de la formación de niños y jóvenes, necesitados de superarse, puesto que existía un alto porcentaje de analfabetos, logrando que su vida fuera más digna y feliz.

El estudio del medio nos dió el convencimiento de que era necesario vencer serias dificultades para lograr que la Escuela proyectara su acción benefactora.

Enfocados los puntos expuestos, se dió comienzo a la primera etapa, logrando para el niño y el adolescente:

1) Se reglamentará de inmediato por parte de la Compañía el trabajo de los menores, aún hoy, sólo se les admite previa certificación de estudios primarios. — (Mayo 1946).

2) La formación de un Club Agrario de Jóvenes y Niños (Noviembre de 1946).

Uno de los primeros en su género constituídos en nuestro país que ha permitido servir a la Comunidad por distintas vías a través de la acción efectiva cumplida por los jóvenes integrantes. Resulta alentador comprobar que los niños de ayer, socios fundadores del Club, hoy son hombres y mujeres, capacitados dirigentes de grupos en lugar de dirigidos, que actúan en su propio medio con la seguridad de aquél que ha sido agente de su propia formación.

La proyección del Club en la comunidad se manifiesta a través de mejoramiento material, económico y cultural.

Ha distribuido en la zona 3135 pollos BB, de razas Rhode Island, New Hampshire, Leghorn, etc.; 40 reproductores de pedigrés, 672 frutales, aves adultas, telares, huevos para incubar, fertilizantes, semillas de huertas y jardín, etc., por créditos obtenidos del Movimiento de la Juventud Agraria del Uruguay, institución madre de estos Clubes.

Coopera con las distintas instituciones; promueve campañas de sanidad, jornadas culturales, ayuda económica para familias con dificultades, cultiva solidaridad con pueblos hermanos, como Ecuador, sacudido por la última catástrofe; realiza intercambio de jóvenes granjeros con los EE.UU., cuya convivencia en la comunidad aporta múltiples ventajas.

En 1952 el Instituto Interamericano de Protección a la Infancia, dicta clase práctica de Seminario en la que están representados los países de América Latina con el objeto de observar métodos y trabajo que se relacionan con el funcionamiento de este Club de niños y jóvenes.

El Club constituye una herramienta invaluable al alcance del

Educador Social, sus objetivos amplios y concretos abarcan inmenso campo de actividades para lograr el desarrollo del bienestar individual y colectivo.

El Cine, iniciado en 1948 mediante el esfuerzo de la Comisión de Fomento Escolar, constituye otra de las necesidades de la Zona.

Atendiendo a los intereses de Comunidad se enfocan tres aspectos: Cine Educativo dentro del ámbito Escolar; es utilizado por cada uno de los seis maestros con que actualmente cuenta la Escuela, incorporado como material didáctico a sus planes de trabajo respectivos.

Cine Educativo para la Comunidad, gratuito, se exhibe una vez por semana, generalmente como colaboración a otras actividades de la Zona; Campañas de Sanidad, divulgación Industrial, Agropecuaria, Deportivas, etc., y hasta el Cine de sabor áspero que muestra la vorágine de la Guerra para hacer apreciar al hombre que lee poco cuanto vale su vida sencilla de Paz, Amor y Trabajo.

El Cine como espectáculo público, no gratuito, iniciado, atendido y organizado por la Comisión de Fomento Escolar, permite financiar el sostenimiento del Comedor Escolar, donde almuerzan diariamente más de doscientos niños. Además proporciona recursos para movilizar el total del alumnado, en excursiones recreativas y culturales, y permite financiar también los profesores especiales, etc.

En 1950, atendiendo intereses comunales, la Escuela promueve la constitución del Comité Patriótico, el que logra adquirir un busto de Artigas, que es colocado en un predio obtenido por cesión de Obras Públicas; se consigue de las autoridades Departamentales, la denominación de Avenida Gregorio Aznares para la calle que da acceso a la población y erección de un monolito como homenaje de la Comunidad al hombre que logró dar vida a la Industria Azucarera, fuente de trabajo y progreso de la Zona.

En 1950, la Asociación de Ex-Alumnos funda la biblioteca circulante José Artigas con seiscientos volúmenes; inicialmente funcionaba en la Escuela, pero en la actualidad se ha desdoblado en cuatro puestos que funcionan en hogares de la Zona, atendidos por Jóvenes del Club Agrario, lo que facilita la circulación del libro.

En 1953, también respondiendo al interés de un grupo de personas, se crea un Conjunto Coral, en el que intervienen elementos diversos del medio médico, sacerdote, obreros, maestros, socios del Club Agrario, etc.

Alfabetización y educación fundamental. — Una evaluación

del trabajo realizado, permite apreciar las adquisiciones logradas y los fracasos. Afirma el convencimiento que si bien la Escuela ha contribuido eficazmente en la superación del medio, a través de sus métodos modernos de trabajo, si bien ha ampliado su esfera de acción, con bibliotecas de aula, Cruz Roja Juvenil, Club Agrario, Biblioteca circulante para la Comunidad, Cine Educativo y distintas organizaciones formadas a su alrededor: Comisión Pro-Fomento, Amigas de la Comunidad, Asociación de Ex-Alumnos, etc., aún queda mucho que realizar.

Existe un sector del núcleo humano deficitario, indiferente, inactivo, a quien es necesario estimular interesándole su superación; existe aún, aunque más reducido, un porcentaje alto de analfabetos que se ha tratado de alfabetizar desde 1947; pero ello se ha realizado en forma esporádica por distintas circunstancias. Existe la necesidad de estrechar vínculos y cultivar intereses comunes para afirmar el sentido de comunidad. Es así, como en 1954 se inician actividades en tal sentido, mediante simples reuniones de familia en casa de una de ellas; al principio sólo concurrían las amas de casa, pero más tarde se acercan los demás miembros, encarando problemas comunes: Necesidad de recolección de desperdicios, de agua y luz para la Zona del pueblo que carece de ella; se desdobra la biblioteca circulante; la alfabetización pasa a ser así una necesidad de interés para la comunidad y no un fin individual. En setiembre de 1955 las autoridades de Enseñanza Primaria, crean en la Escuela El Centro de Alfabetización Fundamental; en realidad, la Escuela venía contemplando estos objetivos a través de años de experiencia. La alfabetización se continúa en la propia fábrica y en un anexo de la Escuela con la colaboración de Jóvenes del Club; la renovación de las Comisiones de Fomento, Amigas de la Comunidad, etc. se realizan en un lugar donde la Comunidad determina; ello permite que sientan a la Escuela como parte de sus propios intereses.

Considerando que el trabajo básico de Comunidad está afirmado en junio del corriente, se procede a integrar el Comité comunal en representación de las distintas instituciones del medio; ese Comité tendrá a su cargo el destino futuro de la Comunidad.

Hasta aquí nuestra experiencia.

Como todo trabajo con elemento humano, la Escuela Institución Social por excelencia, ha tenido sus éxitos y sus fracasos; Sobre éstos trata de elaborar y reconstruir con perseverancia, optimismo y el conocimiento que aporta la experiencia.

Agradezco a la Comisión Organizadora del Seminario, la oportunidad de presentar este trabajo.

Finalmente, formulo la ponencia: Que en la Zona de La Sierra se establezca un centro de práctica profesional de Asistencia Social, que proporcione al estudiante la oportunidad de familiarizarse con los distintos problemas rurales.

Entre otras razones, fundamento mi ponencia en lo siguiente:

- 19) Porque considero propicio el ambiente dadas sus características: rural e industrial.
- 20) Porque considero que existe algo elaborado, donde puede apoyarse el trabajo social sin temor al fracaso.

VII CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRIA

México, Monterrey. 29 de abril — 3 de mayo de 1958

El Comité Organizador del VII Congreso Nacional de Pediatría, que se llevará a cabo el próximo año, del 29 de abril al 3 de mayo, en la ciudad de Monterrey, ha estado trabajando activamente en la programación de este importante evento nacional. Entre las sesiones generales que se desarrollarán durante las mañanas del mismo, se han incluido temas de gran importancia en la pediatría nacional mexicana, tales como: mortalidad en la infancia; desnutrición infantil; diarreas agudas, aspecto médico-sociales; fiebre reumática y poliomielitis.

Durante las sesiones de mesa redonda se abordarán temas muy interesantes en la medicina, cirugía y las especialidades pediátricas. Tanto estas sesiones como las generales estarán encomendadas a instituciones dedicadas a la atención de niños en el país, como a sociedades pediátricas.

IV CONGRESO DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE EDUCADORES DE NIÑOS INADAPTADOS

Lausana, Suiza. 20—24 de junio de 1958.

Siguiendo al Congreso que tuvo lugar en Fontainebleau (Francia) del 5 al 9 de julio de 1956 y que reunió a 600 participantes de 35 países de los cinco continentes, con el concurso de representantes de las Naciones Unidas y de UNESCO, tendrá lugar el IV Congreso Internacional de la Asociación de Educadores de Niños Inadaptados, en Lausana, del 20 al 24 de junio de 1958.

Los siguientes temas figuran en el programa y serán objeto de estudio en sesiones plenarias y discusiones de grupo: 1) Adies-

tramiento de educadores en ejercicio que tratan con niños inadaptados. Relator: Sr. Papanek, director de la Escuela para varones Wiltwyck de Nueva York (Estados Unidos de América).

2) Criterios para mantener al niño inadaptado en su hogar. Relatora: Srta. Nanon de Rham, Directora adjunta del Pabellón de Observación "Le Bercail, Lausana (Suiza).

Los idiomas oficiales del Congreso serán: inglés, francés y alemán. (Habrá interpretaciones simultáneas durante las sesiones plenarias).

Por informaciones más detalladas acerca de este Congreso, dirigirse a la Secretaría del Congreso: A.I.E.J.I. 26 rue Trabadan, Lausanne, Suiza.

CONGRESO MUNDIAL DE BIENESTAR INFANTIL

Bruselas, Bélgica, 20—26 de julio de 1958

Organizado por la Unión Internacional para la Protección a la Infancia en cooperación con la Obra Nacional de la Infancia de Bélgica y la Cruz Roja Belga y la Oficina de Protección a la Infancia (Ministerio de Justicia), se realizará en Bruselas el Congreso Mundial de Bienestar Infantil.

Los temas que se tratarán en este Congreso serán los siguientes:

Sección I. — El hogar. — Preparación para el matrimonio, el papel y responsabilidad de los padres. La vida matrimonial como ambiente para la educación del niño.

Sección II. — Los padres y el niño muy pequeño (aproximadamente, 0—2 años). — Enseñanza de los elementos del cuidado del niño y educación familiar (el papel a este respecto de las clínicas de bienestar infantil, visitadoras sanitarias, escuelas para madres y padres, etc.).

Seguridad emocional; necesidad vital del niño (incluyendo cuestiones de adopción y separación en esta edad).

Sección III. — Los padres y el niño preescolar (aproximadamente de los dos años a la edad escolar). — El lugar del niño en la estructura familiar. Problemas que se le presentan a los padres y al niño en sus primeros contactos con la sociedad extrafamiliar.

Sección IV. — Los padres y el escolar. — Relaciones entre los padres y el escolar. Ocupación de las horas de ocio. Problemas educativos y sociales del escolar; a) del que vive con su propia familia; b) del que vive fuera del ambiente familiar.

Sección V. — Los padres y el adolescente. — Problemas entre los padres y el desarrollo de la autonomía; a) del adolescente

que permanece en la escuela (secundaria o estudios vocacionales); b) del adolescente que comienza a trabajar al abandonar la escuela, o muy pronto (aprendizaje en el comercio, industria o agricultura ;empleo sin aprendizaje).

Sección VI. — Proyectos de desarrollo de la comunidad y la familia (padres e hijos).

CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ESTUDIO SOBRE EL NIÑO EN LA FAMILIA

Tokio, Japón. 23—28 de noviembre de 1958.

Organizada por la Unión Internacional para la Protección a la Infancia en cooperación con la Oficina del Niño del Ministerio de Salud y Bienestar del Japón, se realizará la Conferencia Internacional sobre el Niño en la Familia, incluyendo el cuidado familiar en hogares sustitutos y hogares adoptivos, del 23 al 28 de noviembre de 1958. Será patrocinada por el Gobierno del Japón.

Cómo ayudar a la familia a comprender y satisfacer las necesidades físicas, mentales, emocionales y sociales es el tema propuesto para la Conferencia.

El programa de la Conferencia de Estudio incluirá sesiones plenarias, discusiones en grupos, recepciones y visitas a las instituciones japonesas de protección a la infancia. Además, cortos viajes de estudio se organizarán para antes y después de la Conferencia para aquellos participantes que quieren conocer más acerca del niño y su bienestar social en el Japón.

Libros y Revistas

Samuel Molinari. — DICCIONARIO (LOCALISMOS AGRICOLAS). Sección de Educación Vocacional de la División de Educación del Departamento de Asuntos Culturales de la Unión Panamericana. Wáshington, 1957.

Es importante el problema de la deformación que nuestro hermoso lenguaje castellano sufre por el empleo inmoderado de los llamados localismos. Esos términos, usados en cada país, sin asiento en el diccionario, hacen incomprendible la lectura de muchos trabajos valiosos fuera del país en que fueron escritos.

Dos caminos son los adecuados para salvar esa dificultad. O realizar la uniformidad de los términos, tarea harto difícil y que exigiría un enorme esfuerzo, de eficiencia dudosa o ir a la publicación de diccionarios o glosarios que le permitan al lector la interpretación de las palabras. Este trabajo ha sido comenzado ya y varias publicaciones de este tipo han visto la luz en estos últimos tiempos. Cuando los técnicos de nuestro INSTITUTO, tradujeron en 1947, los tres manuales del Children's Bureau: "Higiene prenatal", "El cuidado del niño en su primer año" y "El niño de uno a seis años" colocaron al final de cada uno de ellos un glosario para la comprensión de muchos términos, lo que permitía al lector de cualquier país americano de habla castellana, comprenderlo.

La División Educación del Departamento de Asuntos Culturales de la Unión Panamericana, en Wáshington, ha emprendido una tarea semejante al publicar el Diccionario de Localismos Agrícolas, preparado por Samuel Molinari, especialista en Educación Agrícola de la Sección de Educación Vocacional. El libro se limita a los localismos que guardan, por lo menos, alguna relación con las labores agrícolas y ganaderas de los países.

Al final se ha incluido una sinonimia técnica y vulgar de las plantas para aclarar la confusión producida por el caso de los países que emplean distintos sinónimos de nombres técnicos para una misma especie.

Merece una felicitación el autor por la guía valiosa que presenta, para facilitar la lectura de la literatura agrícola, en relación tan íntima con la alimentación, problema que tanto interesa a nuestro INSTITUTO.

Víctor Escardó y Anaya

Prof. Bernardino Jinés H. — LA ESCUELA DE LOS PAJAROS FRUTEROS. Compilación de trabajos por la Srta. Elena Flores Chinarro. Lima, Perú.

La labor realizada por la Escuela para Niños en estado de peligro y abandono, hoy Instituto de Educación Especial N° 3 es explicada en una versión periodística, mostrando así su espontaneidad. "Para organizar una escuela de niños necesitados, es indispensable conocerlos y ubicarlos". Llevado por esta sana intención empezó Jinés a conocer esos niños sin hogar, entre los que hay canillitas que venden diarios, carteristas de hábiles manos, pájaros fruteros, estos son niños que viven en escondites, de los que salen de mañana, muy temprano y roban frutas en los mercados. No tienen mala fama, la gente los quiere y los llama pájaros fruteros, creen de buena fe que la sociedad está en contra de ellos y que sólo se acuerdan para enviarles la policía que los conduce a los establecimientos de depósito. Lo que más aprecia el pájaro frutero es su libertad.

Estos niños viven prácticamente en una escuela de delincuencia. Proceden de familias indígenas de las serranías que han venido a la ciudad. Huyen de sus casas sin saber adonde van.

El folleto da una gran importancia al estudio de estos menores. Siempre he creído que el estudio de los menores está en la base de la protección. "Los mejores procedimientos para captar la personalidad del menor son la observación del comportamiento y la biografía". El autor sigue a Tramer calificando los trastornos de carácter como caracteriosis. El estudio de su personalidad revela que en el niño de la calle hay en el fondo, una materia noble.

Se llega a la conclusión de que lo que necesita el niño abandonado es un hogar sustituto, lo más adecuado posible, al hogar que le falta. Además, una escuela para la rehabilitación de su personalidad.

Se describe luego el plan nacional de previsión social infantil y se cuenta el primer ensayo. "Queremos una escuela en el campo libre, dijeron los fruteros, para que no nos encierren. Nosotros mismos la levantaremos". En 1945, se comenzó la tarea.

El progreso trajo mayor bienestar. A mayor comodidad, mayor alegría y mayor orden. La organización del sistema de valores gira de: la Verdad, el Amor a Dios y a nuestros semejantes.

La casa construída fue de cemento y ladrillos, nada de adobes, cosa antigua.

Hoy, después de varios años de labor, las principales finalidades de la escuela continúan siendo, según lo acordado en junta de profesores, prevenir la vida fracasada y la delincuencia juvenil. Para esto, primero se educa para la vida, segundo, se

presta atención a los problemas del carácter y tercero, se dignifica al niño por todos los medios posibles y se proporciona orientación vocacional.

Sin poder bajar a los detalles, esta experiencia es de gran valor; nacida del corazón bueno de un maestro lleno de espiritualidad y con amor y comprensión, logra por el camino del bien orientar a estos niños y restituirlos a la sociedad. Los pájaros fruteros de antes, se van convirtiendo en niños buenos, útiles al mundo en que viven.

Víctor Escardó y Anaya

THE OUTLOOK FOR WOMEN IN SOCIAL CASE WORK IN A MEDICAL SETTING. Department of Labor. Women's Bureau. Social Work Series Bull. 235—1, 235—2, 235—3, 235—4, 235—5, 235—6 y 235—7. Washington, 1951.

La salud y el bienestar de la comunidad ha ido recibiendo creciente atención en los últimos años. En esta serie de folletos publicados por el Dept. de Trabajo, Sección Femenina, de los EE.UU., se estudian las posibilidades de trabajo profesional para las mujeres en el campo del Servicio Social.

En forma clara y documentada, para atraer el interés vocacional, se presentan los campos especializados del Servicio Social, por ej., servicio social en instituciones médicas, en clínicas psiquiátricas, en los servicios sociales de la infancia, en los organismos de asistencia a la familia, en organización de la comunidad para el bienestar, en administración de servicios sociales, en el campo docente y de investigación, en servicio social de grupo, y otras actividades conexas.

Se ofrece un estudio comparativo de la profesión de Asistente Social en relación con otras actividades profesionales de las mujeres en EE.UU. El servicio social se enfoca hacia el individuo y su familia, en relación con las posibilidades sociales que le ofrece el medio circundante y las satisfacciones que de sus necesidades materiales y espirituales pueden obtener.

Estando la profesión de Asistente Social legalmente reconocida en los EE.UU., y requiriéndose licencia profesional para desempeñarla, esta serie de folletos presentan una síntesis de la legislación de los diferentes Estados, que ayuda a comprender mejor el alcance de sus campos de trabajo.

Al describir las funciones del Asistente Social en los diferentes organismos públicos y privados señalan también las posibilidades de empleo y el ofrecimiento de becas de estudio.

En síntesis, esta serie de folletos bien presentados e ilustrados, dan una perspectiva alentadora del trabajo profesional de

la mujer en el campo del Servicio Social y estimulan a elegir una carrera definitivamente incorporada al cuadro de las profesiones que procuran la realización del bienestar social de las comunidades urbanas y rurales en todos los países.

Emma Guastavino Ureta

REVISTAS

Lo sviluppo psicomotorio del fanciullo immaturo affettivo. — F. SACCO. "Infanzia Anormale". Roma. Marzo-aprile, 1957; p. 153—187.

El autor hace un estudio previo sobre la psicomotricidad en su relación con el desarrollo y funcionamiento de la personalidad humana. Se ocupa luego de las relaciones estrechas entre afectividad y psicomotricidad, esta relación es particularmente intensa en la primera fase del desarrollo neonatal.

El autor estudió el desarrollo de la psicomotricidad en 53 niños con inmadurez afectiva utilizando la escala de Oseretzsky y concluye que todos ellos presentaron un deficiente desarrollo psicomotriz. Las funciones más afectadas fueron las fronto-striato-talámicas y en segundo lugar, las frontales, frontocerebrales y córtico-cerebrales.

Fueron hallados tipos motores variados: débil, lento, inhábil, torpe. El movimiento se perturba en su desarrollo y la dinámica se convierte en discontinua, arrítmica y sin finalidad. El autor atribuye la falta de maduración a disfunción del desarrollo neuropsíquico del sistema córtico-diencefálico.

Es interesante el capítulo III relativo a psicomotricidad y biotipología.

Julio R. Marcos

Kraepelin y Freud a cien años de su nacimiento. — H. DELGADO.

"Revista de Neuro-psiquiatría". Lima. T. XIX. Nº 4. Diciembre, 1956; p. 453—473.

Aunque las vidas de ambos representaron actitudes intelectuales diametralmente dirigidas significaron para la psiquiatría disciplinas y resultados que se complementaron exitosamente.

Gracias a Kraepelin disponemos en la actualidad de una clasificación nosográfica, de una nomenclatura y un método de trabajo que permitieron desde el comienzo de sus investigaciones orientarse al clínico en aspectos esenciales de la psiquiatría moderna.

La obra de Freud, contemporánea casi con la de Kraepelin,

es revolucionaria por el aporte al esclarecimiento de las neurosis mediante un conocimiento nuevo y original de la psicología humana.

Kraepelin fue el clínico agudo que desbrozó el camino enmarañado de la enfermedad mental. Freud fue el investigador genial que consiguió mediante un método riguroso y valiente establecer por primera vez el análisis de los síntomas. Las obras de ambos se complementan y no se oponen.

Julio R. Marcos

Epidemiología de las alteraciones mentales. — (Resumen de un trabajo presentado en el Simposio sobre Enfermedades Mentales, celebrado por la Asociación Americana para el Progreso de la Ciencia, en la ciudad de Nueva York, en 1956). **Prevalencia de enfermedades mentales en una población urbana.** B. PASAMANICK. "Public Health Reports". Washington. V. 72. Nº 7. July, 1957; p. 574.

Se refiere a los resultados de una investigación realizada en Baltimore, en que se halló que el 10 % de la población no institucionalizada presentaba manifiestos trastornos mentales.

Se trabajó con tres categorías de enfermedades mentales: Psicosis, psiconeurosis y desórdenes psicofisiológicos.

El tema central del informe es la prevalencia de enfermedades mentales en relación al status económico.

Prevalencia de psicosis. — En general parece estar asociada a una situación económica baja.

Distribución de las psiconeurosis. — En la presente investigación se constató un descenso de estas enfermedades con el aumento de ingresos hasta cierto nivel (U\$S 6.000), y luego un aumento en el grupo que percibe más de U\$S 6.000.

Hipótesis respecto a la etiología. — De los datos expuestos podría concluirse que el "stress" es mayor en los estratos económicos inferior y superior, en el primero por la privación y la frustración consecuente y en el último, posiblemente por las diversas inconsistencias sociales y culturales y por el esfuerzo para mantener el status económico.

Una interpretación que también podría aventurarse es la de que los ricos consideran elegante ser neurótico, la clase media lo siente inaceptable, mientras que los pobres serían neuróticos por falta de sofisticación y aumento de dificultades.

Marta Nieto Grove

Causas de muerte del recién nacido prematuro en nuestro medio.

EMILIO SOTO PRADERA, J. R. MONTALVO, J. SILVERIO y F. FUSTE. "Rev. Cubana de Pediatría". La Habana. Vol. XXVIII, Nº 12. Dic. 1956; p. 723.

Los AA. confirman el hecho conocido de que la mortalidad del prematuro está en relación inversa a su peso:

| PESO | MORTALIDAD |
|-----------------------------------|------------|
| 400-1000 gms. | 100 % |
| 1001-1500 gms. | 40 % |
| 1501-2000 gms. | 20 % |
| 2001-2500 g ms. | 7 % |
| 400-2500 gms. (mortalidad global) | 17 % |

La prematuridad continúa encabezando la lista de causas de muerte del recién nacido, permaneciendo casi inalterable, pese a que la mortalidad del R.N. ha disminuído en los últimos tres lustros en un 50 %, disminución que se ha efectuado casi exclusivamente a expensas de las infecciones. Los AA. revisan 200 autopsias de prematuros y constatan:

| CAUSAS DE MUERTE | Nº fallecidos | % MORTALIDAD |
|---------------------------------|---------------|--------------|
| Hemorragia intracraneal | 54 | 27 % |
| Sepsis | 40 | 20 % |
| Anoxia | 38 | 19 % |
| Inmadurez | 35 | 17.5 % |
| Hemorragia pulmonar | 13 | 6.5 % |
| Lúes congénita | 5 | 2.5 % |
| Anomalías congénitas | 5 | 2.5 % |
| Eritroblastosis fetal | 4 | 2 % |
| Síndrome hemorrágico difuso ... | 3 | 1.5 % |
| Miscelánea | 3 | 1.5 % |

Pasan después los AA, a analizar una por una las diferentes causales y otorgan gran importancia al estado de salud de la madre en relación a la supervivencia del prematuro.

Rosendo Nodar

A community approach to delinquency. CHARLES W. LEONARD. Federal Probation. Washington. Vol. XX, N. 4. Dec. 1956; p. 10.

El problema número uno que encuentra una comunidad al encarar la delincuencia es la confusión, que aparece tanto entre los expertos como entre los legos que intentan asumir sus responsabilidades cívicas.

¿Qué es delincuencia?

La delincuencia es un síntoma de un desarreglo social, cultural o de la personalidad, que incluye cuerpo, mente y alma. Todos los niños delincuentes tienen mala conducta, pero no todos los niños de mala conducta son delincuentes.

¿Por qué se convierte un niño en delincuente?

La respuesta es múltiple porque para cada niño que delinque existen innumerables factores contributivos. Y, ¿la familia? La familia parece desintegrarse en este momento pero se trata en realidad de una transición de la estructura institucional, en que el individuo estaba subordinado al grupo, a una estructura tipo compañía, donde el énfasis se coloca en el desarrollo de la personalidad individual. Estos hechos tienen íntima vinculación con el desarrollo del niño, su mala conducta, su delincuencia. Hay que prevenirse contra el exceso de especialización y recordar que para ayudar al niño hay que mantener en vista la relación de su grupo familiar con su mundo. No nuestro mundo, sino su mundo.

¿Qué se está haciendo para prevenir la delincuencia?

Hay que investigar los múltiples factores que coadyuvan a la delincuencia juvenil.

Hay que preocuparse de multiplicar y mejorar los centros de tratamiento de los menores con problemas.

Hay que tratar, en cada comunidad, de aunar fuerzas, porque actualmente cada individuo se cree un experto en delincuencia juvenil y se proponen tantas curas como si se tratase de un resfrío común.

Para que la comunidad entienda las causas básicas de los problemas individuales de los menores es necesario: a) crear un equipo de centros de atención y b) promover el estudio de disciplinas tales como psiquiatría, psicología, sociología, educación y trabajo social.

Estas disciplinas científicas deben ser la base de nuestra comprensión de la conducta humana.

Raquel Hors de Barbagelata

Svilluppo affettivo del bambino. MARCELLA BALCONI. "Infanzia Anormale". Roma Maggio-giugno 1957; p. 331.

La autora trata en este interesante artículo la afectividad del niño, desde el nacimiento hasta la edad escolar. Es una clase dada en la Escuela de Padres de Novara, en abril de 1956.

Estudia las sensaciones del niño en su primer día de vida, dándonos las características del período oral, se detiene en el tercer mes, época en que comienza a formarse el primer núcleo del yo.

Destaca dos experiencias infantiles que tienen gran importancia: el destete y los primeros pasos.

Llega así al año y medio, ahora el niño camina y dice las primeras palabras. Empiezan las primeras experiencias a base de premios y castigos. Es el período que los psicoanalistas llaman período anal.

Superada felizmente esta etapa, el niño se enfrentará con nuevas y más amplias experiencias. Por amor, comenzará a saber dar y a saber renunciar, primer elemento de una futura vida social. Es el momento en que se está iniciando la formación de su estructura endopsíquica. La madre representa para él la tercera instancia, el super-yo.

Nuevas experiencias llevarán al niño a sentir que la madre no es exclusivamente suya y aparecerán los primeros sentimientos de celos y el enfrentamiento al conflicto edípico.

Recuerda la etapa de los tres a los seis años con sus experiencias extrafamiliares y la iniciación escolar, resaltando que el niño sufre por sus fracasos como el adulto y el irritarse con él, cuando no tiene éxito en las nuevas situaciones que se le presentan, o ante las nuevas disciplinas, es crearle pánico que no hace más que perturbar su evolución.

El niño no es el ser insensible, que a veces erróneamente se cree. Las primeras experiencias lo forman y lo modelan. Las primeras relaciones con la madre y la familia son experiencias básicas de la vida de un hombre.

Elsa Müller

Informaciones

NUEVO PROGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRIA DEL URUGUAY. — Acaba de realizarse el primer ensayo de un nuevo programa de trabajo de la Sociedad Uruguaya de Pediatría, que consiste en extender el área de actividades en el campo médico social pediátrico a un nivel nacional.

Hasta ahora esta Sociedad, como es lo habitual en todas las sociedades científicas, se había limitado a desarrollar sus sesiones con el grupo de pediatras capitalinos y muy excepcionales intervenciones de los médicos del interior, así como de otros grupos de expertos en problemas relacionados con el desarrollo y el bienestar de la comunidad.

Sin embargo, en la hora presente de la evolución médico-social, pesa sobre toda sociedad científica, muy en particular sobre la pediátrica, la responsabilidad de propugnar por una mayor extensión médico-social que comprenda a más amplios sectores de la Sociedad.

El programa que acaba de iniciar su primera etapa, comprende a todos los grupos médicos del país que actúan a nivel pediátrico, a colaboradores no médicos especializados en otros campos sanitarios o educacionales y a la comunidad misma, como la fuerza viva más numerosa que más directamente se beneficia de la acción médico-social.

Para poner en marcha este programa, la Sociedad ha contado con la valiosa cooperación de las Cátedras de Pediatría, Médica y Quirúrgica, así como de otros organismos que trabajan en el campo de la Salud Pública: Departamento de Unidades Sanitarias, Instituto Interamericano del Niño y el Instituto de Asuntos Interamericanos.

Los ejecutores del programa están representados por equipos o grupos técnicos integrados por elementos del cuerpo docente o especialistas en determinado campo y expertos no médicos pertenecientes a organismos sanitarios nacionales o internacionales.

Estos equipos se trasladan los fines de semana a alguna localidad del interior, previo acuerdos y convenios con el grupo médico local, quien a su vez se encarga de invitar a los médicos de localidades vecinas.

El programa de trabajo que se cumple en cada reunión comprende 3 tópicos diferentes:

- a) presentación y discusión de casos clínicos en hospitales

o con enfermos ambulatorios, presentados por los médicos de la localidad.

b) Mesas Redondas sobre temas seleccionados por el grupo médico local, en los cuales se estimula la intervención activa del mayor número de personas participantes, con el fin de establecer el trabajo en grupo a igual nivel general.

c) Conferencias a la comunidad sobre temas de educación sanitaria de mayor proyección en el bienestar del niño y la familia.

El primer ensayo realizado ha dejado un saldo favorable muy superior a lo que habíamos supuesto.

El interés demostrado por los grupos locales, médicos y no médicos, ha sido extraordinario y muy estimulante para continuar en el futuro con mayor entusiasmo.

Del trabajo en común realizado en esta primera etapa, han surgido nuevas perspectivas y más específicas derivaciones en el estudio de algunos campos de la patología infantil.

Los resultados alcanzados han beneficiado, tanto a los grupos médicos capitalinos, como a los locales. Los primeros han tenido oportunidad de conocer aspectos regionales de nuestra patología médica y social; los segundos, tienen la oportunidad de contar con equipos integrados por expertos en campos diversos: clínicos, radiólogos, cirujanos, pediatras, educadores sanitarios, dietistas, higienistas, e ingenieros sanitarios.

No es común que, en Montevideo, nuestra Sociedad de Pediatría realice sesiones de intercambio con tan amplias proyecciones como acontece en la organización de este programa, que seguramente marcará una promisoría etapa de intercambio constructivo con todos los médicos del país, que hacen asistencia de niños, sin descuidar la extensión de beneficio cultural a todos los miembros de la comunidad.

Cumpliendo este propósito, ya se han constituido varios equipos técnicos integrados por elementos del personal docente de las clínicas pediátricas médicas y quirúrgicas, que se desplazan a las ciudades de los departamentos para trabajar en común con el cuerpo médico local y de poblaciones vecinas.

Para el trabajo de cada reunión se ha estructurado un programa básico que comprende los aspectos siguientes: a) presentación y discusión de casos clínicos en los hospitales; b) desarrollo de una mesa redonda sobre un tema que elige el grupo; c) una o dos conferencias sobre Educación Sanitaria de la Comunidad, utilizando en lo posible información audiovisual.

Para iniciar este ensayo fueron seleccionadas las ciudades de San José, Rocha y Durazno.

A San José concurrió un equipo integrado por el profesor

Euclides Peluffo y los Dres. Víctor Scolpini, Nelly Temesio, Pedro Aleppo y Margarita Lasalle.

Se trataron en mesa redonda los temas: Nefropatías, Hemopatías y Diagnóstico y Tratamiento de la diabetes en el niño. La conferencia popular versó sobre: Cuidados al recién nacido.

A Rocha fué un equipo formado por los profesores doctores Alfredo Ramón Guerra, Carlos Escande, Juan Curbelo Urroz y Rodolfo Tiscornia y los doctores Simón Gómez Malaret y Carlos A. Bauzá. El tema central fué: Indicaciones de la terapéutica hormonal con ACTH o cortisona. Se llevaron a cabo dos largas sesiones de presentación y discusión de casos clínicos. La conferencia a la comunidad se dedicó a: Vacunación antipoliomielítica.

A Durazno concurrió un equipo integrado por los profesores doctores María L. Saldún de Rodríguez, Ricardo Yannicelli y José María Portillo y los doctores Hernán Durán, Francisco Luckly, Salomón Fabius, Felipe Cantera, Helena Caillabet, Asistentes sociales Dra. Emma Guastavino, Srta. Maruja Zalduondo, experta en Educación Sanitaria, Ingeniero sanitario Sr. N. Ruiz y Srta. M. Geimonat, experta en Enfermería Sanitaria.

La reunión de mesa redonda tuvo por tema: Protección médico social del niño y la familia en el ambiente rural. Participaron en esta mesa numerosos maestros de escuelas urbanas y rurales. Dos conferencias de divulgación sanitaria sobre: Prevención de las diarreas agudas y Cuidados del recién nacido.

Los resultados de este primer ensayo fueron altamente satisfactorios, habiéndose comprobado indiscutibles ventajas para todos y muy particularmente, para los grupos médicos del interior y para las poblaciones locales que se beneficiaron de las conferencias y demostraciones realizadas en esos dos días de trabajo en común.

En el futuro este programa continuará en forma regular, extendiendo la cooperación de los equipos técnicos a todo el territorio nacional.

María Luisa Saldún de Rodríguez
Presidenta

CONVOCATORIA DE UN CONCURSO PARA PREMIAR UN TRABAJO SOBRE TEMA LIBRE DE PEDIATRIA. — Barcelona. La Sociedad Catalana de Pediatría concederá un premio al mejor trabajo de investigación sobre tema libre de Pediatría, que se presente a este Concurso y se adapte a las normas generales que se detallan.

Pueden optar a este Premio cuantos médicos lo deseen, aunque no sean miembros de la Sociedad.

El importe del Premio es de CINCO MIL PESETAS. Si el Premio no se adjudica, podrán concederse uno o más accésits, así como declararse desierto. Si el autor del trabajo reside fuera del ámbito de la Sociedad recibirá a la vez el Título de Socio Corresponsal.

Los trabajos se presentarán mecanografiados, anónimos y con un lema; irán acompañados de un sobre cerrado en el que constará el lema y que contendrá un pliego con el nombre del autor o autores. Los trabajos y el sobre adjunto deben dirigirse a la Secretaría de la Sociedad Catalana de Pediatría, Vía Layetana Nº 31, Barcelona, antes del día 30 de SETIEMBRE de 1958.

Hará la adjudicación del Premio un jurado formado por cinco miembros: el Presidente y el Vicepresidente de la Sociedad y tres a elegir entre los antiguos Presidente y Vicepresidentes. El fallo de este jurado se hará público en la sesión inaugural del curso 1958-1959 y será inapelable.

El trabajo premiado quedará propiedad de la Sociedad y será publicado en el Boletín de la misma. La Sociedad no se obliga a devolver los trabajos no premiados que no hayan sido recogidos dentro de los tres meses siguientes a la fecha de adjudicación del Premio.

El mero hecho de tomar parte en este Concurso significa la aceptación de sus bases.

Barcelona, septiembre de 1957.

P. Calafell Gibert (Presidente)

J. M. Arago Mitjans (Secretario)

PATRONATO NACIONAL DE LA INFANCIA. — Tegucigalpa. De acuerdo a lo anunciado en nuestro NOTICIARIO Nº 121, en la p. 123, publicamos el Decreto número 115 de la Junta Militar de Gobierno, de Honduras, por el cual se establece el Patronato Nacional de la Infancia.

LA JUNTA MILITAR DE GOBIERNO,

CONSIDERANDO: Que es un deber del Estado velar por la salud y el bienestar de todos los hondureños;

CONSIDERANDO: Que al efecto conviene el establecimiento de una institución autónoma que, centralizando la acción tutelar del Estado en favor de la niñez, comprenda y dirija todas las actividades encaminadas al logro del máximo de salud para el niño hondureño.

CONSIDERANDO: Que es de imperiosa necesidad la construcción y el establecimiento del Hospital Infantil de Honduras

en donde puedan ser tratados y asistidos de manera adecuada los niños que necesiten de hospitalización.

POR TANTO, en uso de las facultades discrecionales de que se encuentra investida,

DECRETA:

Artículo 1. — Créase, con carácter autónomo, el Patronato Nacional de la Infancia, gobernado por un Consejo presidido por el Secretario de Sanidad y Beneficencia. Actuarán como Vicepresidente el Subsecretario del mismo Ramo; como Secretario el Director General de Sanidad, y como Vocales un representante autorizado, por cada uno de los Ministerios y entidades siguientes:

- 1) Ministerio de Gobernación;
- 2) Ministerio de Educación;
- 3) Ministerio de Trabajo;
- 4) Fondo Internacional de las Naciones Unidas para Protección a la Infancia (UNICEF);
- 5) Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP);
- 6) Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP); y
- 7) Comercio y Banca de Tegucigalpa.

Artículo 2. — El Consejo del Patronato Nacional de la Infancia, celebrará sesiones ordinarias en el local del Ministerio de Sanidad y Beneficencia, dos veces al mes y extraordinariamente siempre que sea convocado por el titular de aquel Despacho o a solicitud de tres de sus vocales.

Artículo 3. — El quórum para las sesiones será de cinco miembros, tomándose las resoluciones por mayoría de votos. En caso de empate el Presidente tendrá doble voto.

Artículo 4. — Son atribuciones del Patronato Nacional de la Infancia:

- 1) Redactar su Reglamento Interior, que deberá ser aprobado por el Ministerio de Sanidad.
- 2) Velar por la salud, protección y desenvolvimiento del niño.
- 3) Proceder, cuanto antes, a la construcción, instalación y funcionamiento del Hospital Central Infantil de Honduras.
- 4) Fomentar las asociaciones de beneficencia para la protección de la infancia, la organización de cédulas locales, auxiliares y la organización del cuerpo de visitadoras sociales.
- 5) Elaborar proyectos destinados al establecimiento de hos-

pitales de maternidad e infantiles, asilos, reformatorios, escuelas para niños deficientes y anormales, colonias infantiles, campos de juego, etc..

- 6) Ejercer la suprema vigilancia y dirección de la Lotería Nacional de Beneficencia y aprobar o improbar total o parcialmente, las Actas de las Sesiones que celebre su Junta Directiva.
- 7) La protección a la mujer encinta.
- 8) Ejercer la vigilancia sobre todas las instituciones públicas o privadas que tengan niños a su cuidado.
- 9) La defensa moral del niño de todos aquellos vicios o influencias que en alguna forma atenten contra su pudor, maltraten su conciencia o perjudiquen su cuerpo.
- 10) La elaboración o aprobación de proyectos destinados al establecimiento de hospitales de maternidad, asilos, preventorios, reformatorios, escuelas para niños deficientes y anormales, colonias infantiles, campos e institutos de investigación científica para estudio del niño.

Artículo 5. — Se destinan los fondos acumulados que posee la Lotería Nacional de Beneficencia y los demás que en lo sucesivo produzca para el financiamiento de los proyectos, obras y actividades que desarrolle el Patronato Nacional de la Infancia. El Consejo del Patronato Nacional de la Infancia hará una equitativa distribución de las cantidades que la Lotería Nacional de Beneficencia obtenga como ganancia líquida en cada sorteo.

Artículo 6. — Mientras se emita una ley dando otra oportunidad a la Lotería Nacional de Beneficencia, que sea más conforme con los fines del Patronato Nacional de la Infancia, ejercerá la Presidencia de la Junta Directiva de la Lotería Nacional de Beneficencia la persona designada por el Patronato, institución que de igual manera nombrará al Tesorero, Interventor, Vocales y demás empleados de la Lotería Nacional.

Artículo 7. — Queda reformada la ley para la Lotería Nacional de Beneficencia en todo lo que se le oponga al presente decreto. Cuando dicha ley se refiere al Ministerio de Gobernación se entenderá que habla del Patronato de la Infancia.

Artículo 8. — El Ministerio de Sanidad y Beneficencia queda facultado para emitir los Reglamentos necesarios para la aplicación del presente decreto, que entrará en vigor desde la fecha de su publicación.

Dado en Tegucigalpa, D. C., en el Palacio Nacional, a los veintidós días del mes de julio de mil novecientos cincuenta y siete.

Firman, por la Junta Militar de Gobierno: H. Caraccioli y Roberto Galvez B., siguiendo a continuación la de los Secretarios de Estado.

PLANES DE ESTUDIO PARA MAESTROS ESPECIALISTAS EN LA EDUCACION DE NIÑOS ANORMALES. — Parque Lira, Tacubaya. México. — Considerando de interés para nuestros lectores el conocimiento de estos programas, los publicamos a continuación.

Plan de estudio de la carrera de maestro especialista en la educación de niños anormales mentales, inadaptados y menores infractores.

Primer Año

1. **SOMATOLOGIA.** (Comprende el estudio físico del niño anormal mental, sus características somáticas, estudio de la herencia aplicada a estos casos y de la etiología de las anormalidades mentales).
2. **PSICOPATOLOGIA ESPECIAL.** — Primer Curso. (Comprende el estudio de las características psicopatológicas de los oligofrénicos, de los niños psicópatas en las escuelas primarias y de las neurosis infantiles).
3. **PSICOTECNICA APLICADA.**
4. **ETIOLOGIA DE LA DELINCUENCIA JUVENIL Y TIPOLOGIA APLICADA.**
5. **PRINCIPIOS DE EDUCACION ESPECIAL.**
6. **TECNICA DEL ADIESTRAMIENTO MANUAL Y DE LA COORDINACION MOTRIZ.**
7. **NEUROLOGIA** (1er. semestre).
8. **HIGIENE MENTAL** (2º semestre).

Segundo Año.

1. **TECNICA DE LA EDUCACION FISIOLOGICA.** (Comprende Educación Higiénica, Gimnasia Ortogrénica, Juegos Organizados y Juegos Libres, Ritmos y Principios de Educación Motora).
2. **PSICOPATOLOGIA ESPECIAL.** — Segundo Curso. (Comprende el estudio de las neurosis infantiles, su etiopatogenia, tratamiento, clínica de las neurosis).
3. **ORTOLALIA.**
4. **TECNICA DEL CALCULO Y DEL LENGUAJE,** etc.
5. **TECNICA DE LA CONSTRUCCION DE MATERIAL DIDACTICO ESPECIAL.**
6. **ORGANIZACION DE LA EDUCACION ESPECIAL.**
7. **ORTOPEDIA MENTAL.**
8. **PSICOTERAPIA.**

Notas. — Tanto Somatología como Psicopatología Especial deben tener demostraciones y prácticas.

Los cursos serán teórico-prácticos, haciéndose esta última de preferencia los sábados.

Para obtener el título de Maestro Especialista se requiere llenar las condiciones de la Ley Reglamentaria del Artículo Tercero Constitucional, y las que exige el Reglamento de la Dirección General de Enseñanza Normal.

Las prácticas pedagógicas serán dos veces por mes, cuando menos, y la asistencia a ellas es obligatoria.

Plan de estudios de la carrera de maestros especialistas en la educación de niños sordos.

Primer Año.

1. Principios de la Educación del Sordo.
2. Paidología Aplicada al Sordo.
3. Anatomía, Fisiología y Patología del Oído y del Aparato Fonoarticulador.
4. Psicología del Sordo.
5. Matemáticas y Física.
6. Técnica de la Desmutización.
7. Psicotecnia. (Pruebas Mentales y Orientación Vocacional).

Segundo Año.

1. Técnica de la Enseñanza Aplicada al Sordo.
2. Lectura Labial.
3. Historia de la Educación del Sordo y Organización de Centros Educativos Especiales.
4. Ortopedia Mental Aplicada al Sordo.
5. Estudio de las perturbaciones del Lenguaje Técnico de Corrección. (Ortolalia).
6. Técnica de la Elaboración de Material Didáctico Especial.
7. Audiometría y Electrónica.

Plan de estudios de la carrera de maestros especialistas en la educación de niños lisos.

Primer Año.

1. Terapia del Lenguaje.
2. Técnica de la Educación Pre-escolar y organización del Trabajo en los Hospitales.
3. Psicología del Niño Liso.
4. Psicotécnica aplicada.
5. Nociones de Trabajo Social.
6. Somatología General.
7. Inglés. — Primer Curso.

Segundo Año.

1. Técnica de la Elaboración de Material Didáctico Especial.
 2. Educación Fisiológica y Actividades Recreativas.
 3. Inglés. — 2º curso.
 4. Adiestramiento Manual y Nociones de Trabajo Ocupacional.
 5. Psicoterapia e Higiene Mental.
 6. Técnicas de Enseñanzas Especiales para los Lisiados.
 7. Psicología y Pedagogía de Anormales.
-

ORPHELINAT DE L'ENFANT JESUS PETION-VILLE ROUTE DE FRERES. Haïti. — L'Orphelinat de l'Enfant Jésus dirigé par Mme Mary Arnoux Walker a commencé à fonctionner sans aide aucune avec une quinzaine d'enfants. C'est une oeuvre essentiellement privée qui vit du concours des amis. Avant la création de son Orprelinat, Mme Walker apportait son aide à Miss Doris Burke, une jamaïcaine de grand coeur qui a consacré les 30 années passées en Haïti à la cause des deshérités.

Le 13 janvier 1947, l'Orphelinat a été transféré au local où se trouve actuellement l'école des Pères Salésiens à Pétion-Ville et comptait alors une vingtaine de garçons de 4 à 8 ans.

En décembre 1947, une trentaine d'enfants étaient logés à la Rue Louverture à Pétion-Ville;

En 1948, les garçons ont été transférés à la Maison de Rééducation de Carrefour et au Centre d'Apprentissage de St-Martin.

En juin 1949, l'Oeuvre est reconnue d'Utilité Publique;

En 1954, des orphelins du Cyclone Hazel venus de la Province ont été reçus à l'Orphelinat.

Depuis janvier 1957, l'Orphelinat occupe la maison construite grâce à la contribution des amis de Mme Walker. La propriété située sur la route de Pétion-Ville Frères, est un don de personnes charitables.

C'est une position idéale où les enfants font ample provision de santé.

Des dons en espèces ou en matériaux ont permis la construction d'une maison encore inachevée mais qui loge actuellement une quarantaine de petites filles, toutes heureuses vivant sous l'oeil vigilant et près du coeur débordant de tendresse de Maman May comme l'appellent les enfants.

Le local achevé pourra recevoir 60 enfants environ.

Haïti a besoin de maisons similaires surtout pour les petites filles.

L'oeuvre de Mme Walker est à encourager. Si l'aide finan-

cière ne lui fait pas défaut le local pourra être achevé en 1958 et même une piscine pourra être aménagée pour les ébats des pupilles.

Les petites pensionnaires âgées de 3 à 12 ans seraient heureux d'égayer leurs loisirs en recevant des jeux tels que: agrès, balançoires, toboggan, jeux de balles de toutes sortes tels que badmington, ping-pong, cricket, basket-ball, volley-ball, bicyclettes, trotinettes, poupées et jeux éducatifs divers.

Ci-inclus deux photos montrant l'une la façade principale de l'Orphelinat, l'autre la partie inachevée de la maison.

PARA LA DIETETICA INFANTIL

LACTOGENO

Leche en polvo, modificada, de composición semejante a la leche de mujer.

NESTOGENO

Leche semidescremada, en polvo, con cuatro azúcares: lactosa, sacarosa, dextrina y maltosa.

ELEDON

"Babeurre" en polvo. (Leche semidescremada ácida).

PELARGON

Leche acidificada en polvo. (Leche tipo Marriott).

MALTOSA - DEXTRINA "NESTLE"

Azúcar de composición equilibrada para la dietética infantil.

ALICERON

Harina de cinco cereales, dextrino-malteada y tostada.

NESTUM

Alimento a base de cereales precocidos, con agregado de vitaminas y sales minerales.

CERELAC

(Harina lacto-amidodiastasada)

Para la papilla "lactofarinácea", de preparación instantánea.

MANZARINA

Alimento en polvo, a base de harina de trigo, manzana, leche entera y azúcar.

Contiene vitaminas A, B₁ y D.

NESTLE

AL SERVICIO DE LA INFANCIA

Literatura especializada a disposición de los Señores Médicos que la soliciten por correo a Soriano 1099 — Montevideo

Teléfono: 9 - 18 - 50

Canje - Echange - Exchange

Solicitamos en canje el envío de libros, folletos, revistas, estadísticas, etc., etc.; en particular aquellos que contengan leyes, decretos, estatutos, o que traten los problemas del niño en sus aspectos de higiene, asistencia, médico, social, de enseñanza, etc.

Nous prions de nous envoyer en échange des livres, brochures, revues, statistiques, etc., en particulier ceux contenant des lois, décrets, statuts, ou s'occupant des problèmes de l'enfant sous ses aspects hygiéniques, d'assistance, médicaux, sociaux, d'enseignement, etc.

In exchange we request the remittance of books, pamphlets, magazines, etc., particularly those containing statistics, laws, constitutions and regulations treating the child problem from its different aspects of hygiene, protection, education, medical, social, etc.

BOLETIN DEL INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO

EX
Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia
PUBLICACION TRIMESTRAL

AVDA. 8 DE OCTUBRE 2882 — MONTEVIDEO (URUGUAY)

PRECIO DE SUSCRIPCION

En el Uruguay

| | | |
|--|----|------|
| Valor del tomo (4 Boletines y 8 Noticiarios) | \$ | 6.00 |
| " de cada Boletín | " | 1.50 |

En los demás países

| | | |
|--|---------|------|
| Valor del tomo (4 Boletines y 8 Noticiarios) | dólares | 3.00 |
| " de cada Boletín | " | 0.75 |

PRIX D'ABONNEMENT

En Uruguay

| | | |
|---|----|------|
| Prix du volume (4 Boletines, 8 Noticiarios) | \$ | 6.00 |
| " de chaque numéro | " | 1.50 |

Dans les autres pays

| | | |
|---|---------|------|
| Prix du volume (4 Boletines, 8 Noticiarios) | dollars | 3.00 |
| " de chaque numéro | " | 0.75 |

SUBSCRIPTION PRICES

In Uruguay

| | | |
|---|----|------|
| One volume (4 Boletines, 8 Noticiarios) | \$ | 6.00 |
| Single number | " | 1.50 |

In other countries

| | | |
|---|---------|------|
| One volume (4 Boletines, 8 Noticiarios) | dollars | 3.00 |
| Single number | " | 0.75 |

PREÇO DA SUSCRICÃO

No Uruguai

| | | |
|--|----|------|
| Preço do volume (4 Boletines, 8 Noticiarios) | \$ | 6.00 |
| " de cada número | " | 1.50 |

Em outros países

| | | |
|--|---------|------|
| Preço do volume (4 Boletines, 8 Noticiarios) | dólares | 3.00 |
| " de cada número | " | 0.75 |

AGENTES AMERICANOS

PALACIO DEL LIBRO. Buenos Aires, Calle Maipú, 49.
 LIVRARIA ODEON. Río de Janeiro, Avenida Río Branco, 157.
 CENTRAL DE PUBLICACIONES. Santiago, Chile, Catedral 1417.
 GOUBAUD y Cía. Ltda. (Sucesor), Guatemala C. A.
 LIBRERIA Y PAPELERIA INTERNACIONAL. Asunción, calle Palma 78.
 LIBRERIA PERUANA. Lima, Filipinas, 546.
 EDITORIAL GONZALEZ PORTO. Caracas, Santa Capilla a Mijares, Edificio San Mauricio.